Über die Bedeutung des Anamnesenbetrugs bei Begutachtungen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät der Universität Basel

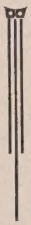
vorgelegt von

DAVID KLEIN

aus

Freiburg i. Br.

(Deutschland)



STETTEN / BASEL 1934
BUCHDRUCKEREI KARL SCHAHL

Genehmigt

von der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

auf Antrag von Herrn Professor Dr. J. E. STAEHELIN.

Tag der Promotion: 10. Februar 1934.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern

*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546709_0135

Die alljährlichen Verluste, die dem deutschen Volksvermögen dadurch erwachsen, daß Personen sich aus sozialer Gewissenlosigkeit heraus in den ungerechtfertigten Besitz einer Unfallrente setzen, sind sehr hoch.

Die Wege, die die Versicherten einschlagen, um sich solch eine materielle Zuwendung zu sichern, sind verschieden, je nach Veranlagung, Begabung und einer zufällig für den Betreffenden günstigen Verkettung äußerer Umstände, die es ihm ermöglichen, ein vorher latentes Leiden zu verschweigen, um einen Unfall für die weiteren Krankheitssymptome verantwortlich zu machen. Die Angaben und Darstellungen laufen im Kern darauf hinaus, eine absichtliche Vorspiegelung nicht vorhandener Tatsachen in der Absicht des Betruges zu geben.

Die Gefahr, die dem Unfallversicherungswesen für Volksmoral und Volksvermögen innewohnt, rechtfertigt es, daß wir uns mit der Analyse der Mechanismen, die solch einem Betrug zu Grunde liegen können, beschäftigen. Gleichzeitig erhalten wir dadurch die Möglichkeit, dem Betrugsmodus, dessen Bearbeitung wir uns als eigentliches Ziel unserer Arbeit gesteckt haben, nämlich dem Anamnesenbetrug durch Verschweigen des wahren Ursprungs der Erkrankung, seinen Platz in der Rangordnung der Betrugsformen anzuweisen.

Aus dem Bereich der Vorspiegelung falscher Tatsachen wollen wir als besondere für medizinische Fragen wichtige Täuschungsformen hervorheben

1. die Simulation
2. die Dissimulation
3. den Anamnesenbetrug.

Der Simulant spiegelt eine Krankheit vor, die er nicht besitzt, der Dissimulant sucht eine Krankheit zu verheimlichen, die er besitzt. Die Simulation wie die Dissimulation beschränken sich nicht auf Aussagen, bedürfen ihrer meistens gar nicht, sondern der Schwerpunkt des Täuschungswillens liegt in der „Ver-

stellung", einem Verhalten, dem kein „Wirklichkeitsunterbau" (Utitz[1]) entspricht. Die „bewußte Absicht der Täuschung . . . ist ein notwendiger Bestandteil des Begriffs" der Simulation wie der Dissimulation (Hoche[2]). Diese beiden Formen des Betrugs haben aber für uns psychologisches und kriminalistisches Interesse. Insbesondere darf das simulierte Krankheitsbild vom echten nur wenig verschieden sein und erfordert daher Ausdrucksmittel einer Begabung und starker psychologischer Energien, wenn die Inszenierung der Wirklichkeit „täuschend" ähnlich sein soll. Es waren daher im Allgemeinen in dem Betreffenden schon biologisch vorgebildete Mechanismen vorhanden, die das Charakteristische einer psychopathischen Persönlichkeit ausmachen. Das dargestellte Symptomenbild ist daher oft mehr Gegenstand des Interesses des Psychiaters und des Psychologen als Angelegenheit des Staatsanwalts.

In der Praxis ist es sehr schwer, den Nachweis einer betrügerischen Simulation zu erbringen. Es muß dazu nicht nur bewiesen werden, daß ein Sachverhalt vorgetäuscht worden ist, sondern — da der Simulant das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit besitzen muß —, es muß ihm nachgewiesen werden, daß er das Symptom in der Absicht des Betrugs vorgetäuscht hat. (Reichardt[3]). Die subjektive Überzeugung des Begutachters allein genügt nicht.

Der Simulation steht die Dissimulation gegenüber, die betrügerische Vorgabe von Gesundheit. Sie teilt mit der Simulation das Moment der „Ver-stellung". Zum Durchführen dieser Rolle vor dem Untersucher bedarf es aber nicht so starker emotioneller Kräfte.

Dissimulation kommt besonders häufig vor bei Aufnahmegesuchen für Unfallversicherungen, Invaliden- und Lebensversicherungen oder für Betriebe, die volle Gesundheit des Gesuchstellers voraussetzen (Maschinen- und Fahrstuhlbetriebe, Eisenbahn).

Der Anwärter erlitt z. B. einen Unfall, der zu einer Erwerbsminderung führte, die aber entweder nicht entschädigungspflichtig war, weil kein Betriebsunfall vorlag, oder in Ländern mit Kapitalabfindung — der Unfall war schon genügend entschädigt worden. Er bemüht sich nun, die körperlichen und

---

[1] Utitz: Psychologie der Simulation, Stuttgart 1918.

[2] Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.

[3] Reichardt: Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung, 1916.

funktionellen Folgen jenes Ereignisses zu unterdrücken, um in der Versicherung oder im Betriebe Aufnahme zu finden.

Die geringste Kraftaufwendung und Begabung zur Verstellung wird dann erforderlich sein, wenn der Anwärter keine äußerlich sichtbaren Zeichen seiner Funktionsstörung besitzt, sondern ein latentes chronisches Leiden, z. B. eine Psychose oder Epilepsie hat. Der Psychotische wird bei der körperlichen Untersuchung meist überhaupt keinen abweichenden Befund ergeben, sondern nur in der Unterhaltung und in seinem Benehmen über seine psychotischen Züge hinwegzutäuschen haben. Der Epileptiker wird sich nicht bald nach einem Anfall dem Begutachter vorstellen, wo eventuelle Zeichen seines Leidens wie Zungenbißwunde oder Schädelverletzung und Kopfbeule infolge eines Sturzes nicht genügend verheilt sind, sondern in einem symptomlosen Intervall. — Für Simulation und Dissimulation ist charakteristisch, daß sie sich in der Sphäre des wortlosen Verhaltens abspielen.

Simulation wie Dissimulation bezeichnen also ein positives Tun, eine Vorspiegelung falscher Tatsachen durch bloßes äußeres Verhalten demnach, die darauf abzielt, eine wahre Tatsache der Kenntnisnahme des Begutachters zu entziehen. Für diese Formen des Betrugs sind daher besondere Ausdrücke gerechtfertigt.

Anders bei Anamnesenbetrug durch Verschweigen der wahren Ursachen einer Krankheit oder durch Aufstellung bewußt unwahrer Behauptungen, um alles dem „Betriebsunfall“ zuschieben zu können. Hierzu sind keine besonderen künstlichen Veranstaltungen notwendig, sondern es handelt sich dabei um gewöhnlichen Betrug, für den der Tatbestand des § 263 des Str. G. B. erfüllt sein muß:

„Wer in der Absicht, sich von einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines andern dadurch beschädigt, daß er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird wegen Betrugs . . . bestraft.“

Der Anamnesenbetrug bietet daher zwar kein besonderes psychologisches, wohl aber ein großes praktisches Interesse, sind doch in der psychiatrischen Klinik Freiburg im Laufe eines Jahres allein 3 Fälle aufgedeckt worden, wobei Patienten sich durch diesen Betrugsmodus teilweise eine hohe und langjährige Rente gesichert hatten.

Die Krankheit selbst, meistens sogar eine sehr schwere, ist vorhanden — darüber kann und soll sich niemand täuschen, wohl aber über ihren Ursprung. Diese Betrugsform wird jenen Menschen offenstehen, die mit irgendeinem Leiden behaftet sind, dem sich dann neu ein gewöhnlich harmloses Trauma hinzugesellt, das nun als seine Ursache dargestellt wird, um auf diese Weise für das in Wahrheit alte Leiden Entschädigung zu bekommen. Ermöglicht wird dieses betrügerische Vorgehen besonders auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie, weil hier die objektive Feststellung des Tatbestands trotz vieler neuerer Untersuchungsmethoden oft besonderen Schwierigkeiten begegnet und wir daher noch in hohem Maße auf die subjektive Anamnese des Patienten für unsere Diagnosestellung angewiesen sind.

Dieser Umstand wird dadurch bedingt, daß nicht genügend Klarheit herrscht darüber, wie weit eine einmalige schädigende Einwirkung imstande ist, eine für gewöhnlich „nicht-traumatische" Krankheit, die endogen bedingt ist und deren Verlauf autonomen Gesetzen folgt, auszulösen oder „wesentliche Teilursache" ihres Ausbruchs zu sein. Die Medizin ist keine mathematische Wissenschaft, die es gestattete, aus dem klinischen Bild, das der Unfall-Kranke bietet, die ätiologische Bedeutung des Traumas zu entnehmen. Die Bedeutung, die das Verschweigen wichtiger anamnestischer Details haben kann, zeigt sich darin, daß erst die Aufdeckung dieses Anamnesenbetrugs uns die genaue Diagnose stellen und die ursächliche Bedeutung des Traumas im Sinne der Auslösung oder Verschlimmerung des Leidens abschätzen läßt und eine Sonderung des objektiven Krankheitsbildes von irgendwelchen simulierten Bestandteilen ermöglicht.

In der Diskussion anderer Autoren über Fälle von Anamnesenfälschung durch absichtliches Verschweigen der wahren Hintergründe ist nun vielfach diese Betrugsform mit dem Ausdruck „Dissimulation" belegt worden und bis in neuester Zeit keine klare Scheidung dieser beiden Begriffe durchgeführt worden. Es hat dies darin seinen Grund, daß zu dem Gebaren des Sich-Gesundstellens, das wir Dissimulation nennen, notwendigerweise auch das Verschweigen jenes Unfalls oder Leidens gehört, das zur Krankheit oder Erwerbseinbuße geführt hat. Doch muß auseinander gehalten werden, daß bei der Anamnesenfälschung im Sinne der Ableugnung von vorhanden gewesener Krank-

heit eine objektiv feststellbare und zugegebene Krankheit vorhanden ist und der Täuschungswille nur hinsichtlich ihres Ursprungs besteht, während der Dissimulant gesund erscheinen will und dieses durch Verstellung, wozu auch das Unterlassen positiver Angaben über die Krankheit gehört, zu dokumentieren versucht.

Vielleicht mit ein Grund, warum häufig keine klare Sonderung gemacht wurde, ist die Tatsache, daß es die gleichen latenten Leiden sind, die die Dissimulation möglich machen, weil ihre Symptome nicht offenkundig sind und die nach einem Trauma gerne diesem zur Last gelegt werden, somit der Begriff „Dissimulation" überwechselt in den der „Anamnesenfälschung".

So sind z. B. in Deutschland nach § 19 der Allgem. Unfallverhütungsvorschriften an Epilepsie leidende Arbeiter vom Maschinen- und Fahrstuhlbetrieb auszuschließen. In der Schweiz werden bei den gefährlichen Betrieben die Arbeiter stets beim Eintritt nach Epilepsie gefragt, oder sie müssen ein ärztliches Gesundheitszeugnis vorweisen.

Trotzdem wird von den Arbeitern dieses Leiden oft verheimlicht[1]. Wenn nun ein in dieser Fabrik eingestellter Epileptiker einen „Unfall durch Anfall" erleidet, so liegt naturgemäß für ihn der Gedanke nahe, bei der Anamnesenaufnahme seine Krankheit zu verschweigen und diese als haftpflichtige Betriebsfolge darzustellen, oder seine genuine Epilepsie bewußt als Traumafolge hinzustellen, um dann eine lebenslängliche Rente zu beziehen.

So finden wir folgende Beispiele, die den Übergang einer Dissimulation in Anamnesenfälschung zeigen, angeführt.

Sie stammen aus Betrieben, die grundsätzlich keine Epileptiker aufnehmen.

1. Fall: [2]

„A. L., 46 Jahre alt. Die weitere Anamnese ergibt für den Fall nichts besonderes. Namentlich ist die Familienanamnese für das Vorhandensein nervöser Erkrankungen vollständig steril. Das Vorausgehen von epileptischen Anfällen wird in bestimmtester Weise bestritten.

---

[1] Kaufmann: Handbuch der Unfallmedizin, 2. Band, 1907.

[2] F. Bähr: „Unfall und Epilepsie", Monatsschrift für Unfallheilkunde Nr. 10, 15. Okt. 1900.

Am 5. 3. 1891 wollte L. den Speisehahn eines Dampfkessels öffnen, strauchelte angeblich und fiel auf die Dampfklappe desselben. Es entwich dabei Dampf und verbrühte dem L. den rechten Arm und das Gesicht . . . Die Erwerbsunfähigkeit des L. wurde damals von mir nicht in präziser Weise bestimmt, insbesondere, da mir die anamnestische Erhebung nicht ganz zuverlässig erschien und ich die Folgen des Unfalls nicht genau abgrenzen konnte. Die Berufsgenossenschaft bewilligte dem L. eine Rente von 63%. Er legte dagegen Berufung ein und es kam zur Schiedsgerichtsverhandlung. Während der ganzen Zeit hatte L. das frühere Vorkommen epileptischer Anfälle geleugnet, auch selbst in dem Termin vor dem Schiedsgericht. Eine Erhebung seitens des Schiedsgerichts hatte jedoch ergeben, daß L. vor dem Unfalle mehrfach an epileptischen Anfällen gelitten hatte, und daß deshalb der Krankenkassenarzt die Entbindung des Klägers von seinem Amt als Heizer begehrte."

2. Fall:[1]

„Ein Schreiner bekam während der Behandlung eines Knöchelbruchs in der Anstalt einen epileptischen Anfall. Erkundigungen ergaben, daß er vor 8 Jahren, vor der Verheiratung, sich wegen Epilepsie hatte behandeln lassen."

3. Fall:[1]

„Der zweite Arbeiter kam mit einer schweren Fräsenverletzung, Durch-Fräsung sämtlicher Strecksehnen und der linken Radiusepiphyse 2 cm oberhalb des Handgelenks, in meine Behandlung. Während der Vorbereitung zur Sehnennaht bekam dieser einen epileptischen Anfall. Es stellte sich heraus, daß der Arbeiter wegen Epilepsie vom Militärdienst frei geworden war."

Die beiden letzten Fälle stammen aus der gleichen Maschinenfabrik, die Epileptiker prinzipiell nicht einstellte.

In der Literatur über versuchten Betrug durch absichtliches Verschweigen anamnestischer Daten finden sich folgende Fälle aus der Unfallbegutachtungspraxis (1891).

1. Fall:[2]

„Die Klage des A. R., 6. April 1891, . . . eine Rente von 60% auszubezahlen . . . wird verworfen.

---

[1] Kaufmann: Handbuch der Unfallmedizin.

[2] Richard Kaan: „Erkenntnisse und Bescheide der, betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter . . ., errichteten Schiedsgerichte". Wien 1895, Nr. 195.

Gründe: Der Kläger, welcher als Arbeiter beim Bau der Zuckerfabrik der Firma . . . beschäftigt war, fiel am 5. Sept. 1890 von einem etwa 1 Klafter hohen Gerüst auf die Erde herab.

Er behauptet, daß er bei dem Sturz mit dem Kopfe auf die harte Erde auffiel und daß dieser Sturz die Epilepsie zur Folge hatte, welche ihn zu jeder Arbeit unfähig macht und strebt die Zuerkennung einer 60%igen Rente Entschädigung an.

Die geklagte Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt wies die Entschädigung für diesen Unfall . . . mit der Begründung ab, daß nicht nachgewiesen wurde, daß die Epilepsie, mit welcher der Kläger behaftet ist, infolge des angeführten Unfalls entstanden ist, daß vielmehr im Gegenteil erhoben wurde, daß der Kläger bereits vor dem Unfall an Epilepsie gelitten hat

Aber auch andere Umstände zeugen gegen die Behauptung des Klägers, daß die Epilepsie infolge des Unfalls entstanden sei. Denn, daß der Kläger damals mit dem Kopf auf die Erde aufgefallen wäre, ist in der Unfallanzeige gar nicht angeführt, sondern als Verletzung erscheint eine „Contusion der Brust" angegeben und wurden auch bei der ärztlichen Untersuchung keine Zeichen einer Kopfverletzung bei dem Kläger vorgefunden. Es wurde vielmehr konstatiert, daß der Kläger in den Angaben der Art und Folge der Verletzung sich widersprochen hatte und Schmerzen vorschützte, für welche keine objektiven Gründe vorhanden waren . . . "

2. Fall:[1]

Als Beispiel eines versuchten Anamnesenbetrugs durch Entstellung einer wahren Tatsache, indem einzelne Momente hinzugefügt oder verschwiegen und damit bewußt die richtigen Verhältnisse verschoben wurden, sei folgender Fall angeführt:

„Der bei dem Zimmermeister A. C. in Wien in Arbeit gestandene Kläger hat in diesem Betrieb am 10. Sept. 1891 anläßlich des Abladens von Bauhölzern einen Unfall erlitten, welcher nach seiner Angabe nebst einer Rißquetschwunde am Kinn . . eine früher in sehr geringem Umfange vorhandene Schüttellähmung in einem solchen Grade gesteigert haben soll, daß Kläger zu jeder Arbeit heute vollständig unfähig sei. Die Geklagte gibt zwar den Unfall zu, negiert jedoch die vom Kläger angeführten Folgen desselben, in dem sie insbesondere hervorhebt, daß die Schüttellähmung mit dem Unfall nicht in Zusammenhang steht . . .

Daß die Schüttellähmung in einem geringen Grade bereits vor dem Unfall bestanden hat, gibt Kläger selbst zu; daß die-

[1] Richard Kaan: Erkenntnisse und Bescheide Nr. 206.

selbe jedoch nicht so unbedeutend, wie Kläger es sagte, gewesen sein kann, ergibt sich aus den Aussagen der heute vernommenen Zeugen: Der Betriebsunternehmer A. C. deponiert, daß er dieses Leiden schon mehrere Jahre vor dem Unfall beobachtet habe und daß die Arbeitskraft des Klägers durch die Folgen desselben zeitweise derartig beeinträchtigt worden sei, daß Kläger die Arbeit habe einstellen müssen; die Zimmermannsgehilfen . . ., welche den Kläger längere Zeit kennen, haben nach ihrer Aussage dieses Leiden schon vor dem Unfall bemerkt und schon im Frühjahr 1891 ein akuteres Auftreten desselben wahrgenommen . . . . "

3. Fall:[1]

„ . . . daß Kläger vom 17. Juli bis 15. Sept. 1891 wegen psychischer Erkrankung in der . . Irrenanstalt in Wien in Pflege gestanden ist, erscheint durch die übereinstimmenden Angaben . . festgestellt.

Diese Krankheit, sowie deren vorzüglich in heftigem Kopfschmerz sich äußernden Folgen führt Kläger auf eine ihm am 14. Juli 1891 im Betriebe zugefügte Verletzung des Kopfes zurück und begehrte die Zuerkennung einer 50%igen Rente . .

Die Geklagte gibt zwar die vom Kläger behauptete Verletzung, allerdings nicht in dem von ihm angegebenen Grade zu, bestreitet jedoch in erster Linie den ursächlichen Zusammenhang zwischen dieser Verletzung und der psychischen Erkrankung . . .

Aus den . . . requirierten Akten ergibt sich nämlich, daß Kläger bereits im Jahre 1885 zwei Anfälle und in den Jahren 1887 und 1888 je einen Anfall erlitten hat und vom 15. Okt. 1888 bis 7. Febr. 1889 wegen chronischem Alkoholismus in Behandlung dieser Irrenanstalt gestanden ist; . . . ob diese Krankheit einzig und allein auf Alkoholmißbrauch oder auf eine hereditäre Anlage oder auf früher erlittene Traumen zurückzuführen ist, erscheint für die Entscheidung deshalb gleichgültig, weil Kläger seinen Anspruch auf die Verletzung vom 14. Juli 1891, somit eine Tatsache späteren Datums, stützt . . .

Auch die heute vernommenen Sachverständigen haben erklärt, daß sich bei I. G. alle Merkmale einer chronischen Alkoholvergiftung konstatieren lassen, welche mit dem ihm zugestossenen Betriebsunfall in keinem Zusammenhang steht . .

In dem vorliegenden Falle läßt sich nicht einmal dieser kausale Zusammenhang herstellen; denn durch die Aussagen der heute vernommenen Zeugen ist erwiesen, daß I. G. eine nur unbedeutende Hautabschürfung an der Stirne erlitten hat. Der Kläger hatte der Verletzung keine Bedeutung beigelegt und bis 6 Uhr abends ruhig fortgearbeitet . . . "

---

[1] Richard Kaan: Erkenntnisse und Bescheide Nr. 207.

Auf diese Art der Täuschung in der Unfallversicherung weist dann Leopold Feilchenfeld[1] im Jahre 1902 hin, trennt sie streng von der „Kategorie der latenten, erst durch den Unfall in Erscheinung getretenen schweren Erkrankung" ab, reiht diese Betrugsform aber irrtümlicherweise in den Begriff Dissimulation ein. Er bringt 2 Fälle aus der Gutachterpraxis des Neurologen und bemerkt hierzu, daß solche Fälle sicher recht häufig sind, wenn man einmal auf sie aufmerksam geworden sei.

1. Fall:

„Fleischermeister wegen Gehirnschock vom Arzt behandelt. Patient sei beim Hinabgehen in den Keller ausgerutscht und auf das Gesäß gefallen. Als ich den Versicherten sah, stellte ich die Erscheinung einer sehr schweren Gehirnerschütterung fest.. An dem Gesäß war absolut keine Veränderung nachzuweisen. Dieser Zustand hielt mehrere Wochen an. Schließlich besserte sich aber das Befinden; doch konnte der Mann monatelang nichts tun, was ihm auch ärztlicherseits bescheinigt wurde. Er gab sein Geschäft auf und erklärte, daß er einstweilen für längere Zeit keine Tätigkeit würde aufnehmen können. Ich hatte gleich im Anfang auf das Mißverhältnis zwischen Unfall und Schwere der Erkrankung aufmerksam gemacht, konnte aber doch nicht den Betrug erkennen. Es stellte sich nun heraus, daß der Versicherte bei einem Trabrennen 14 Tage vor der Anmeldung jenes — leichten — Unfalls gestürzt sei. Diese Unfälle sind von der Entschädigungspflicht ausdrücklich ausgenommen. Der Versicherte hatte sich nun zunächst von einem andern Arzt behandeln lassen, dann diesen verabschiedet und sich an den zuletzt behandelnden Kollegen gewandt, dem er . . nur von jenem leichten Fall auf der Kellertreppe sprach."

2. Fall:

„Ein etwa 50 Jahre alter „Rentier", der ½ Jahr versichert war, stieg bei einem Umzug mit der Wanduhr auf einen Stuhl. Beim Herabgehen bemerkte er einen heftigen Schmerz im Rücken, der nicht weichen wollte. Als ich ihn nach Ablauf mehrerer Wochen sah, klagte er über Schmerzen und Taubheit in der rechten Seite, besonders in den Beinen. Sein Arzt erklärte, daß es sich um eine ernste Läsion des Rückenmarks handeln müsse, die als Folge jenes an sich leichten Unfalls anzusehen wäre. Die Lähmungserscheinungen waren unzweifelhaft vorhanden; aber ich erklärte mit Bestimmtheit, daß der Unfall nicht in Anspruch genommen werden könne und verlangte genauere Er-

[1] Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen, Leipzig Nr. 10, 15. Okt. 1902.

kundigungen nach dem Vorleben des Versicherten. Das Resultat dieser Nachfrage war, daß der Mann vor einem Jahre Vollinvalide wegen einer schweren Rückenmarkserschütterung (Fall von der Leiter) von der Feuerwehr mit Pension entlassen war und sich seitdem dauernd in einer hiesigen Nervenpoliklinik in Behandlung befand."

Das Gemeinsame ist bei diesen Fällen, daß zwar ein Unfall den sehr erheblichen Krankheitserscheinungen zu Grunde lag, aber nicht der angemeldete, sondern ein anderer, der deshalb nicht mitgeteilt wurde, weil er . . . nicht entschädigungspflichtig war . . . Das Charakteristische für diese Form der Täuschung ist, daß die Versicherten stets recht unschuldige Verletzungen ... als Ursache ihrer Beschwerden anführen . . . Um die verheimlichte schwere, aber nicht entschädigungspflichtige Verletzung zu erfahren, wird freilich dem Arzt kein anderes Mittel übrig bleiben, als durch die Gesellschaft, in deren Auftrag er tätig ist oder durch die Berufsgenossenschaft über das Vorleben des der Dissimulation Verdächtigen Erkundigungen einziehen zu lassen . . . . "

Thiem (1909)[1] führt auch die Möglichkeit an, daß „Krankheiten verschwiegen werden, wenn sie (die Personen) den Beweis erbringen wollen, daß sie vor dem Unfalle ganz gesund waren, . . . wenn sie ein altes Leiden auf einen jüngst erlittenen Unfall zurückführen wollen", reiht sie, übereinstimmend mit L. Feilchenfeld in den Begriff Dissimulation ein, und faßt sie als Unterabteilung der Simulation auf.

Diese Einordnung halten wir nicht für richtig. Simulation und „Anamneseverschweigen" sind zwar beide Bekundungen eines Täuschungswillens, um eine Unfallrente zu erlangen, aber sie sind gewissermaßen auf anderen Stellen verankert. Auf das Verschweigen kann sich noch eine Simulation aufpfropfen, indem zu dem objektiv feststehenden Krankheitsbild, dessen wahrer Ursprung ja nur verschwiegen wird, Kopfschmerzen, Schwindel und ähnliche Klagen von dem Patienten hinzuaddiert werden, die nicht vorhanden sind, aber notwendig ist das nicht.

Auch O. Naegeli[2] zählt das Anamneseverschweigen zur Dissimulation und faßt es als Unterabteilung der Simulation auf, indem er schreibt: „Dagegen gehören zur reinen Simulation die

[1] Handbuch der Unfallerkrankung 1909, I. Band.
[2] Naegeli: „Unfalls- und Begehrungsneurosen", Stuttgart 1917.

Dissimulation, die bewußte Unterdrückung körperlicher und funktioneller Leiden, um alles dem in Frage stehenden Unfall zuschieben zu können. In dieser Beziehung wird oft Unglaubliches geleistet. In den Ländern mit Kapitalabfindung werden gelegentlich sogar frühere schwere Unfälle, die zur Annahme totaler bleibender Erwerbseinbuße und hoher Kapitalabfindung geführt hatten, verschwiegen."

Reichardt[1] führt zu unserem Thema folgende Fälle an:

1. Fall:

„Ein Unfallkranker mit „traumatischer Neurose" hatte . . angegeben, nicht nur früher stets gesund gewesen zu sein, sondern auch die volle Militärzeit abgedient zu haben. Die von seinem Regiment erbetene Anskunft stellte . . fest, daß er als dienstuntauglich wegen Krankheit, und zwar wegen Nervenschwäche, vorzeitig entlassen worden war . . ."

2. Fall:

„In einem Haftpflichtprozeß gegen die Eisenbahn hatte eine Frau durch einen leichten Eisenbahnunfall eine schwere „traumatische Neurose" behauptet und auf das lebhafteste bestritten, vor dem Unfall irgendwie krank gewesen zu sein. Dann wurde seitens der Behörde unter anderem auch die Steuererklärung ihres Mannes eingesehen und hier stand: Daß die Patientin schon jahrelang sehr „nervenleidend" sei und daß die Krankheit auch schon große Kosten verursacht habe.

Man sieht, wie vorsichtig man den Angaben eines zu Entschädigenden gegenüber (bezüglich früherer Gesundheit) sein muß — umsomehr, wenn man nicht in der Lage ist, diese Angaben auf ihre Richtigkeit genau zu prüfen."

3. Fall:

„Wie wenig den Angaben eines Verletzten und seiner Angehörigen zu glauben ist, dies möge folgender Fall beweisen: Sowohl der Kranke selbst, wie auch sein Vater, wie auch der behandelnde Arzt, der den Kranken vor dem Unfall lange Zeit gekannt hatte, haben übereinstimmend ausgesagt und bescheinigt, daß der Patient stets früher gesund gewesen sei. Weitere Nachforschungen ergaben dann, daß er schon mehrere Jahre vor dem jetzigen Unfall wegen einer Sehstörung von einem Augenarzt untersucht und von diesem dann zu einem Neurologen geschickt worden war. Die gleiche Krankheit, die

[1] Reichardt: „Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung", 1916.

jetzt in der Klinik konstatiert werden konnte, war auch damals— mehrere Jahre vor dem Unfall—vorhanden, nämlich bitemporale Hemianopsie und starker Sehnervenschwund. Die Diagnose war schon vor Jahren mit völliger Sicherheit auf eine Erkrankung des Hirnanhangs (Hypophyse) gestellt worden."

4. Fall:

„Ein anderer Versicherter litt an manisch-depressivem Irresein. Zusammen mit einer Zellgewebseiterung trat bei diesem, damals 44 Jahre alten, Patienten ein Anfall von Melancholie auf. Da „sonstige Ursachen der Geisteskrankheit nicht zu finden waren", wurde die Geistesstörung als Unfallsfolge anerkannt, trotzdem gar kein Grund vorlag, für diese (auf innerer Veranlagung beruhende) Hirnkrankheit eine äußere Ursache anzunehmen. Auch dieser Patient galt als bisher völlig gesund, bis sich schließlich rein zufällig herausstellte, daß er bereits im 15., 18. und 21. Lebensjahr je einen Anfall von Geistesstörung gehabt und deshalb auch schon zweimal in einer Anstalt behandelt worden war. Diese früheren Anfälle waren in Vergessenheit oder — das wahrscheinlichere — von den Verwandten verschwiegen worden. Der Kranke bekommt nun zeitlebens eine hohe Unfallrente für die endogene Geisteskrankheit . . . "

In neuerer Zeit hat sich dann Klieneberger[1] eingehend mit dem Problem der Anamnesenfälschung und des bewußten Verschweigens wichtiger anamnestischer Einzelheiten beschäftigt. Nachstehend der Fall, den er dazu anführt:

„Am 19. 12. 21 war ich in Sachen Sch. gegen Sch. (Ehescheidung wegen angeblicher Lues des Mannes) zu einem gerichtlichen Termin geladen, um ein Gutachten abzugeben, ob Untersuchungen des Sch. einwandfrei ergeben, daß der Beklagte an Syphilis leide. Das Gutachten war leicht zu erstatten, denn Sch. hatte vom 13. 12. 1920 bis 19. 2. 1921 in der Klinik gelegen, die Diagnose war mit Sicherheit auf Hirnlues gestellt worden.

Seine Anamnese:

30 jähriger Vizemeister F. Sch. aus gesunder Familie und selbst stets gesund . . . Nach der Schule bei den Eltern gearbeitet. Mit 18 Jahren Ulan. Krieg an der Front mitgemacht, niemals verwundet. Mitte März 1920 bei einem Sprung über eine Hürde Sturz mit dem Pferd, wurde ein Stück geschleift, kleine Wunde an der linken Kopfseite; soll etwa 24 Stunden bewußtlos gewesen sein. Krankenhaus. Am 9. 4. entlassen. Tat später wieder Dienst. Sept. 20 Heirat. Anfang Okt. nach

[1] Zeitschrift für Neur. u. Psych. 75, 1922.

seiner Heimat beurlaubt. 12. 10. 20 Schwächeanfall mit Schwindel, der schnell vorüberging. Am 18. 10. neuer Schwindelanfall. Legte sich zu Bett. Bald danach Sprachstörungen. Sprache zuerst undeutlich, bald ganz versagend. Rechte Hand konnte nicht mehr willkürlich bewegt werden; rechtes Bein in aktiver Beweglichkeit behindert. Entwicklung des Krankheitsbildes innerhalb 6 Stunden. Zunahme der Hemiplegie. Rechts Fußklonus angedeutet. Babinski positiv. Jodkali, Neosalvarsan, Novasurol. Wassermann am 26. und 28. 11. negativ.

Bei Aufnahme in der Klinik am 13. 12. 20 fast vollkommene sensorische und motorische Aphasie. Kann sich auch durch Gesten nicht verständlich machen. Perseveriert stark. Apraktische Störung links. Unausgiebige Lichtreaktion rechts, Parese des rechten Mundfacialis. Abweichen der Zunge nach rechts. Ausgesprochene rechtsseitige Hemiplegie . . . Wassermann im Liquor positiv, Nonne positiv, 106 Zellen.

Spezifische Behandlung: Embarin, Jod; später Silbersalvarsan und Arsenohyrgol. Unter der Behandlung Besserung . .

Auf dem Termin traf ich einen Arzt der hiesigen med. Klinik, der in der gleichen Sache als Sachverständiger geladen war. Von ihm erfuhr ich, daß die med. Klinik bereits eine gutachtliche Äußerung über Sch. abgegeben hatte, die sich dahin aussprach, daß Sch. an einer posttraumat. Spätapoplexie leide und daß syphilitische Infektion unwahrscheinlich sei. Der Kollege war außerordentlich erstaunt, als ich ihm meine Beobachtung in der Klinik, unseren Befund und Vorgeschichte erzählte. Es stellte sich heraus, daß die Ehefrau des Sch. ihren Mann unmittelbar aus unserer Klinik in die med. Klinik gebracht hatte, in der er vom 19. 2. bis 12. 5. 21 behandelt wurde. Sie hatte nichts davon erwähnt, daß ihr Mann bereits in anderweitiger Behandlung gestanden hatte, lediglich berichtet, daß er im März 1920 bei einem Übungsritt gefallen und danach 2 Tage bewußtlos gewesen sei. In der Folgezeit an Gewicht abgenommen. Sept. 20 halbstündiges Stottern, am nächsten Morgen Schwindelgefühl, Müdigkeit, Sprachverlust und schnell sich ausbildende Lähmung der rechten Seite.

Die in der med. Klinik wiederholt ausgeführte serol. Untersuchung des Blutes ergab stets negatives Resultat. Im Liquor Wassermann negativ, keine Zellen, keine Eiweißvermehrung. Trotz negativen Wassermanns wurde Sch. spezifisch behandelt und gebessert entlassen.

Es ist klar, daß die negative serol. Reaktion der med. Klinik auf die vorausgegangenen intensiven Kuren zurückzuführen war. Das wurde auch von dem Oberarzt der med. Klinik zum Ausdruck gebracht.

Zugleich mit der Erklärung, daß er sein früheres Gutachten nicht aufrecht erhalten könne, sondern sich nach Kenntnis der Vorgänge der Diagnose Hirnlues voll und ganz anschließe . .

Der mitgeteilte Befund ist deshalb besonders lehrreich, weil er nicht nur zeigt, daß eine falsche Anamnese zur falschen Diagnose führen kann, sondern auch schon das Verschweigen von Tatsachen.

Hier ist wahrscheinlich in Gedanken an eine Unfallrente die spezifische Behandlung und daher auch der Anfenthalt in unserer Klinik verschwiegen worden. Die med. Klinik hatte somit keine Veranlassung, den Zusammenhang der Erkrankung mit dem Unfall zu bezweifeln; sie hätte, wäre sie als Gutachter im Unfallrentenverfahren angegangen worden, sich zweifellos für Gewährung der Unfallrente ausgesprochen, wie aus der von ihr gestellten Diagnose „posttraumatische Apoplexie" und dem in den Ehescheidungsakten befindlichen Attest über die Erkrankung evident hervorgeht."

Auch für Klieneberger deckt sich Dissimulation mit Verheimlichung früherer Krankheiten und gehört zur Unterabteilung der Simulation, da er fortfährt:

„Sicherlich ist eine der häufigsten Simulationen die Dissimulation früherer Krankheiten. Für diese Tatsache bietet Fall Sch. eine bemerkenswerte Illustration und zugleich eine Warnung einer zu hohen serolog. Bewertung des Wassermann." Es müßte heißen: „Eine der häufigsten Betrügereien ist das Verschweigen oder Ableugnen früherer Krankheiten . . . ."

Als Abschluß unserer Literaturangabe möchte ich einen Fall[1] außerhalb der Unfallbegutachtungspraxis, nämlich aus dem Militärwesen anführen, der uns zeigen soll, daß eine Anamnesenfälschung im eigentlichen Sinne des Wortes, durch Aufstellung falscher Behauptungen, die sich auf Vergangenes beziehen, uns zu einer falschen Diagnose einer geistigen Störung verleiten kann und somit, wie nachstehender Fall beweist, die einfachste Form der Simulation sein kann:

„Ein 36 jähriger Ökonomiehandwerker S. stand unter Anklage wegen unerlaubter Entfernung von der Truppe . . . Die Erhebungen ergaben zugunsten des S., daß sein Vater an epileptischen Anfällen gelitten hatte — S. hatte dieses Moment wohlweislich verschwiegen, um es dadurch noch bedeutungsvoller zu gestalten, sobald es, womit er sicher rechnen konnte, offenbar wurde — und daß er nach dem Unfall etwa einen Tag bewußtlos gelegen hat. Auch die Alkoholintoleranz wurde be-

[1] Zeitschrift für Neur. und Psych. 71, 1921.

stätigt und die Tatsache, daß er im Jahre 1904 wegen Epilepsie vom Militär entlassen worden ist. Weiterhin wurde er als Psychopath, arbeitsscheu und liederlich charakterisiert. Die Mutter des S. bestätigte, unterstrich und erweiterte die Angaben ihres Sohnes im Sinne der Epilepsie; wenn er Kopfschmerzen habe, sei er wie betäubt, laufe dann weg von der Arbeit, sie habe ihn oft im Walde suchen müssen; er sei stets von den Kameraden zum Narren gehalten worden. Wären die Angaben von der Ehefrau bestätigt worden, so hätte sich die diagnostische Wagschale wohl auf die Seite der Epilepsie gesenkt. Nun aber war die Frau schlecht auf ihren Mann zu sprechen. S. hatte in letzter Zeit zunehmend getrunken, war zunehmend arbeitsscheu geworden und hatte sie mehrfach hintergangen. Und nun berichtete sie, daß seine sogenannten Dämmerzustände nur in der Militärzeit und sehr selten aufgetreten und stets begründet gewesen seien, daß er mit Ausnahme einer Nacht stets abends nach Hause gekommen, nicht verändert gewesen sei und daß er das letzte Mal auf Fragen erklärt habe, er laufe herum, weil er sich geärgert habe, daß er nicht, wie er wollte, seines kranken Fußes wegen ins Lazarett gekommen sei.

Zu unserem abschließenden Urteil, daß S. ein Psychopath und die Diagnose Epilepsie — sie war während der aktiven Dienstzeit des S. offenbar nur auf Grund falscher anamnestischer Mitteilungen gestellt worden — sowie die Annahme von Dämmerzuständen nicht gerechtfertigt sei, kamen wir auf Grund der einwandfreien Feststellungen der Ehefrau, die im Gegensatz zu der Mutter des S. einen guten und glaubhaften Eindruck machte und auf Grund des Fehlens von allen epileptischen Merkmalen . . . "

Nachstehend bringe ich nun drei im Zeitraum von Dezember 1932 bis Juni 1933 in der psychiatrischen Klinik Freiburg beobachtete Fälle, wobei Patienten, um zu einer Unfallrente zu gelangen, ihr Leiden mit einem harmlosen Unfall in Zusammenhang brachten und den wahren Sachverhalt verschwiegen. In zwei von diesen Fällen besaßen die Patienten sogar die Unverfrorenheit, sich den Zusammenhang des Leidens mit dem Unfall von der gleichen Klinik bestätigen zu lassen, die sie einst wegen des gleichen Leidens aufgesucht hatten. Erleichtert wurde den Patienten dieser Betrug durch den Wechsel in der Persönlichkeit der Ärzte.

1. Fall: E., Karl. Geboren 4. 3. 1894, Steinhauer, Unfall vom 18. 12. 1930. E. erlitt am 18. Dezember einen Schlag von einer Wagendeichsel gegen die linke Schläfe dicht am Auge, der ihn für kurze Zeit bewußtlos machte und eine Rißquetschwunde mit starker Blutung verursachte. Es erfolgte kein Erbrechen, keine Blutung aus Nase und Ohren, aber Drehschwindel und starkes Übelkeitsgefühl.

Er wurde in die chirurgische Klinik Freiburg eingeliefert. Das Röntgenbild des Schädels ergab keinen abweichenden Befund, insbesondere keine Anhaltspunkte für eine Basisfraktur. Er blieb in ambulanter Behandlung der Klinik und bekam wenige Tage nach dem Unfall zu Hause einen seiner Schilderung nach typisch epileptischen Anfall, der die chirurgische Klinik veranlaßte, ihn in die psychiatrische Klinik einzuweisen, um die Möglichkeit einer traumatischen Epilepsie zu überprüfen.

Hier, in der psych. Klinik, erzählte er, daß er vier Tage vor Weihnachten 1930, also drei Tage nach dem Unfall, einen „epileptischen Anfall" bekommen habe, er habe noch gehört, wie seine Frau zu ihm sagte: „Was machst du nur für ein dummes Gesicht", dann sei er bewußtlos geworden und wäre gefallen, wenn ihn seine Frau nicht gehalten hätte. Seine Frau habe dann noch bei ihm Zuckungen in beiden Armen bemerkt. Der Anfall dauerte etwa drei Minuten, darnach hätte er sich aber so elend gefühlt, daß er sogleich zu Bett ging und bis zum nächsten Morgen schlief. Am nächsten Tag fühlte er sich wie immer. Die Klagen, die E. nun vorbringt und in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall zu bringen sucht, sind neben dem Anfall folgende: Er habe seither wechselnd starke Kopfschmerzen, besonders über dem linken Auge, hauptsächlich bei körperlichen Anstrengungen, ferner Schwindelgefühle.

Bei der Aufnahme der Anamnese gab E. an, daß in seiner Familie keine Nervenkrankheiten vorgekommen seien, einzig seine Schwester habe mit 23 Jahren eine Lähmung beider Beine bekommen.

Er selbst habe mit 10 Jahren noch das Bett genäßt. Seine Entwicklung hätte einen normalen Verlauf genommen, in der Schule sei er einer der Besten gewesen. Nach acht Jahren Schulzeit habe er drei Jahre die Zeichenschule besucht, zur Ausbildung als Steinhauer, danach sei er drei Jahre in diesem Beruf tätig gewesen. 1914 — 18 im Feld an der Front; 1918 — 22 im Lebensmittelamt und Milchhof, in den folgenden Jahren immer wieder vorübergehend als Steinhauer beschäftigt. Nie sei er ernstlich krank gewesen. E. gab außerdem an, daß er jeden Tag 5 8 Glas Bier trinke.

Am 10. 3. 1931 bekam E. in der psychiatrischen Klinik einen zweiten, nach der Ansicht des herbeigerufenen Arztes, typisch epileptischen Anfall.

Auf Grund von Untersuchungen vom 10. — 13. Januar und vom 10.—14. März 1931 wurde nun der Berufsgenossenschaft folgendes Gutachten über E. abgegeben:

„Die mir vorgelegte Frage lautet, ob E. tatsächlich noch durch Unfallfolgen 70% erwerbsbeschränkt ist. Der Hergang des Unfalls ist nicht zweifelhaft . . Vier Tage vor Weihnachten, also wenige Tage nach dem Unfall, trat ein Anfall von Bewußtlosigkeit mit Krämpfen auf, der einige Minuten dauerte. Der zweite Anfall wurde hier in der Klinik beobachtet, er verlief genau so. Seitdem keine neuen Anfälle mehr. E. klagt jetzt noch hauptsächlich über Kopfschmerzen und Schwindel, Erscheinungen, die besonders bei Bücken, Heben und Tragen u. s. w. auftreten; sein Schlaf ist unruhig und zu kurz: er neigt zu starkem Schwitzen.

Die Untersuchung ergibt keine Zeichen, die auf lokalisierte organische Erkrankung des Zentralnervensystems hinweisen. Es besteht eine überlebhafte und leicht beeinflußbare Herzaktion, . . die ausgestreckten Hände zittern. E. arbeitet nicht — nicht aus allgemeinen Gründen der Arbeitslosigkeit—sondern weil er als Steinhauer beim Verbot, ein Gerüst zu besteigen, keine Arbeit findet, dann aber auch, weil alle seine körperlichen Anstrengungen seine Kopfschmerzen vermehren.

Beurteilung: E. leidet noch an Folgen einer traumatischen Schädeleinwirkung Die unmittelbar nach dem Unfall auftretenden Erscheinungen beweisen, daß es sich um eine Hirnerschütterung gehandelt hat . . . Jedenfalls weisen die Nachwirkungen darauf hin, daß eine Gewebsveränderung stattgefunden hat; auf solche sind die jetzt noch geklagten Beschwerden zu beziehen, insbesondere aber die Anfälle, die sicher epileptischer Natur gewesen sind und sich jeden Tag wiederholen können. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind die verschiedenen noch bestehenden Krankheitsauswirkungen nicht gleichwertig. Das Kopfweh und der Schwindel würde nur ein mittleres Maß von Minderung bedeuten; während die jeden Augenblick über dem Mann schwebende Möglichkeit, bewußtlos hinzustürzen, wesentlicher ist; sie schließt ihn von allen Beschäftigungen aus, bei denen ein auch nur vorübergehendes Versagen des Bewußtseins Lebensgefahr bedeuten würde. . .

Ich glaube nicht, daß man daher in Erwägung dieser Umstände im Augenblick zur einer geringeren Schätzung als 70% kommen kann. ."

Um durch Alkoholentziehung auf den Verlauf des Leidens günstig einzuwirken, wird der Berufsgenossenschaft der Vorschlag unterbreitet, ihn zu einer Heilbehandlung in die Klinik einzuweisen.

Am 29. Mai 1931 meldet sich E. erneut krank; der untersuchende Arzt der Klinik, in der E. Aufnahme fand, bezweifelte zum ersten Mal das Vorliegen einer traumatischen Epilepsie, nahm aber statt dessen „Basedowähnliche Erscheinungen nach einem seelischen Trauma" an. E. wurde daher in die psych. Klinik eingewiesen, um erneut begutachtet zu werden.

Seine Klagen sind wiederum Stechen in der linken Kopfseite, aber nur bei schwerem Heben, Flimmern vor den Augen und Schwindelgefühle. Neuerdings zittere der linke Arm.

Bei der Untersuchung wird beim Vorstrecken der Hände links ein grobschlägiges, rasches Schütteln, sichtlich willkürlich und krampfig, beobachtet. Es sistiert bei jeder intensiven Ablenkung und Bewegung und kehrt dann wieder zurück.

Diese beobachteten simulatorischen Tendenzen erschüttern aber vorläufig noch nicht die Glaubwürdigkeit des E., sondern verdichteten sich bloß bei dem Untersucher zu dem Verdacht der Aggravation. Die traumatische Epilepsie wurde in dem nun abgegebenen Gutachten aufs Neue bestätigt, die Rente aber wegen des Ausbleibens weiterer epilept. Anfälle und Abnahme der Schmerzen auf 45% gekürzt.

Da E. sich wegen der Kürzung der Rente beschwerdeführend an die Berufsgenossenschaft wandte, wurde er von Neuem in die psych. Klinik eingewiesen, damit in einem Obergutachten über die Frage, ob 45% oder 70% E. M. entschieden werde.

In diesem Gutachten (23. Dez. 31) wird ausgeführt:

„ . . . Noch immer bestehen die Kopfschmerzen mit Schwindel, die insbesondere durch körperliche Anstrengungen ausgelöst werden, als Dauererscheinung. Epilept. Anfälle sind seit Ende Juli 31 nicht mehr eingetreten, körperlich nichts Neues . . . Die Kopfschmerzen bedingen . . eine beeinträchtigte Fähigkeit zu anstrengenden Leistungen. Ich würde hierin eine Verminderung um ein Drittel erblicken. Prinzipiell anders ist die Schädigung, die in der Tatsache der epileptischen Veränderung gegeben ist; wer jemals ein oder mehrere sichere Epileptikeranfälle gehabt hat wie E, steht lebenslänglich unter dieser Schicksalsdrohung; es ist dabei nicht entscheidend, wieviel Anfälle stattgefunden haben. . . . Für die Frage der Lebensgefährdung durch Arbeiten auf den Gerüsten . . . ist die Zahl der Anfälle unerheblich. Bei E. ist jetzt seit einem halben Jahr kein Anfall mehr aufgetreten; der Fall rückt daher — mit allen Vorbehalten zukünftiger Änderungen — in die Reihe der minderschweren . . . Der große Abstand zwischen den Anfällen würde an sich — wenn die Kopfschmerzen dauernder Art nicht wären — eine nicht zu anstrengende Beschäftigung . . zulassen. In Erwägung all dieser in einander verflochtenen Momente würde ich die Überzeugung zum Ausdruck bringen müssen, daß . . noch eine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht, die ich auf mindestens 50% abschätze."

Am 9. Januar 1933 erfolgte eine Einweisung durch die Berufsgenossenschaft in die psych. Klinik. E. klagte wieder über Kopfschmerzen, nun über linkem Auge wie auch am Hinterkopf. Im August 1932 hatte er einen neuen Anfall mit Zungenbiß gehabt, den er sich am nächsten Tag ärztlicherseits protokollieren ließ. Die Kopfschmerzen zwängen ihn, tagelang auszusetzen, er hätte Schwindelgefühle und sei auch beim Gehen unsicher. Eines Morgens hätte er sich auch auffallend abgeschlagen gefühlt, und sei wohl Folge eines in der Nacht aufgetretenen Anfalls. Sein Gedächtnis hätte stark nachgelassen.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigte sich eine fleckige Rötung des Gesichts. Auch schwitzte er am ganzen Körper auffallend stark. Eine Druckempfindlichkeit an den Nervenaustrittstellen war nicht festzustellen. Lidflattern. Wiederum wurde mäßiges Zittern der Hände, das gelegentlich bei Beobachtung durch den Untersucher in ein starkes Wackeln überging, beobachtet. Sonst zeigte er sich psychisch unauffällig. Es waren keine epileptischen Dauerveränderungen gemütlicher oder intellektueller Art, auch keine Abnahme des Gedächtnisses feststellbar. Die E. M. durch die Unfallfolgen wurde infolge Besserung der Kopfschmerzen auf 40% geschätzt.

Am 2. März 1933 bekam E. auf der Straße einen neuen Anfall. Wie er angab, sei er erst zu sich gekommen, als ein Polizeibeamter vor ihm stand, dem er nicht hätte angeben können, „ob er gestanden oder gelegen habe". Er wurde wach in der chirug. Klinik, verblieb dort v. 2.–7. 3. und wurde dann in die psych. Klinik eingewiesen.

Hier klagte der Patient darüber, daß er stets und ständig seit seiner Entlassung an Kopfschmerzen leide, es laste ein dauernder Druck auf seiner linken Stirnseite, besonders bei Witterungswechsel. Auch bei Aufregungen, körperlichen Anstrengungen, ja schon beim Rechnen, Lesen und beim Sprechen verstärkten sich seine Kopfschmerzen. Auch „seine Gedanken ließen nach", er könne nicht mehr gut rechnen, wie er es in

seinem Beruf nötig habe. Bei der Prüfung rechnete er prompt die ihm gestellten Aufgaben, behauptete aber, für so leichte Sachen müsse er so lange nachdenken, früher hätte er sowas prompt beantwortet. Beim Lesen, zu dessen Prüfung er von selbst auffordert, stotterte er, grimassierte, kam manchmal nicht weiter, las dann aber ohne Stocken für ihn ganz fremde Ausdrücke.

Im Ganzen zeigte E. sich stumpf und in seinen Reaktionen etwas verlangsamt. Nur bei der Besprechung seiner Anfälle wurde er etwas lebhafter und leicht gespannt.

Zu den Kopfschmerzen und Druck auf der linken Stirnseite gesellten sich neue Klagen über Merkfähigkeit und Schwierigkeiten beim Lesen u. s. w. hinzu, deren Simulation teilweise offenkundig war und reichlich grob und untalentiert wirkte. Sein Grimmassieren beim Lesen, das leicht gespannte und lebhafte Interesse, das sich bei Besprechung seiner Anfälle in seinen Zügen verriet, bewiesen keinen besonders routinierten Schauspieler. Seine Glaubwürdigkeit war reichlich erschüttert und dies zeigte sich in dem nun folgenden Gutachten von Prof. K. (23. 3. 33).

„ . . Auf Grund der bisherigen Akten besteht kein Zweifel, daß E. an Epilepsie leidet. Diese hat sich noch nicht psychisch ausgewirkt, der Befund war negativ. Wir haben keine Anhaltspunkte dafür, daß E. vor dem Unfall an epileptischen Anfällen gelitten hat. Der erste Anfall trat in zeitlichem engem Zusammenhang mit dem Unfall ein, sodaß ein ursächlicher Zusammenhang angenommen werden muß, und die erste Frage der Berufsgen., ob die aufgetretene Epilepsie als Unfallsfolge anzusehen ist, ist zu bejahen, Voraussetzung ist, daß die Epilepsie tatsächlich nach dem Unfall aufgetreten ist. Diese Frage müßte durch die Genossenschaft auf Grund genauer Erhebungen klar gestellt werden. Wir sind nicht im Besitze der Unfallakten, sodaß wir zu dieser Frage nicht Stellung nehmen können. E. klagt außer über die Anfälle über alle 4—5 Wochen auftretenden Schwindel mit Flimmern vor den Augen, er müsse sich dann für 10—15 Miuuten hinlegen. Ob es sich um einen epil. Anfall oder Aequivalente handelt, ist jetzt nicht zu unterscheiden . . Die E. M. ist auf 40 % zu schätzen. Falls noch nicht geschehen, sind genauest durchgeführte Erhebungen darüber anzustellen, ob E. nicht schon vor dem Unfall an Anfällen gelitten hat."

Es wurde jetzt auch in den alten Krankengeschichten der Freiburger psych. Klinik nachgeforscht und es fand sich folgende Krankengeschichte vom 15. Juni 1922, die den Betrug endgültig klarlegte:

„Vorgeschichte: Mutter nervenleidend, ebenso ein Onkel. Eine Cousine an Epilepsie gestorben. Seit seinem 18. Jahr leidet er selbst an epileptischen Anfällen, die etwa dreimal in zwei Jahren kamen. Im Januar 1915 eingezogen. Im April hatte er draußen den ersten Anfall, als er von der Front in Ruhestellung kam. Er blieb dann hinten und machte Grabsteine, meldete sich dann wieder freiwillig ins Feld, weil ihm mit Rücksicht auf seine Anfälle nichts am Leben lag. Bei den Akten liegt auch ein Zeugnis seines Hausarztes, das von Epilepsie spricht. Als Steinhauer sei er mit Rücksicht auf seine Anfälle nicht mehr tätig gewesen. . . Abgesehen hiervon hat er noch Kopfschmerzen, die oberhalb beider Augen sitzen und zum ersten Mal im Felde aufgetreten seien . . .

Urteil: An der Diagnose einer genuinen Epilepsie ist kein Zweifel. Keine Verschlimmerung durch den Felddienst. Er beklagt sich

auch hierüber weniger als über Kopfschmerzen oberhalb der Augen, . . . die man schon auf die Einwirkung des Felddienstes wird zurückführen können, zumal die Angaben des Mannes einen durchaus glaubhaften Eindruck machen. Es erscheint mir berechtigt, hierfür K. D B. anzunehmen . . Die K. D. B. beträgt aber weniger als 15%. Für die Epilepsie K. D. B. anzunehmen, liegt, da sie schon vor dem Krieg bestand und in keiner Weise Verschlimmerung eingetreten ist, keine Veranlassung vor."

Aus den Akten ergibt sich zugleich die Tatsache, daß er im Mai 1921 schon versuchte, seine Epilepsie als Kriegsfolge darzustellen. Gab er doch auf einen Antrag vom 27. Mai 1921 als Begründung für seine Versorgungsansprüche folgendes an: „Nervenleiden. Ich bekomme in gewissen Zeitabständen Anfälle, durch welche ich gezwungen bin, in der Arbeit auszusetzen und mich zu schonen; meinen erlernten Beruf kann ich infolgedessen nicht mehr ausüben. Zum ersten Mal traten die Anfälle im Felde 1915 auf." Er scheint aber damals mit seinen Ansprüchen nicht durchgedrungen zu sein. Daher versuchte E. bei seinem Aufenthalt in der psych. Klinik im Jahre 1922, seine Kopfschmerzen als K. D. B. angerechnet zu bekommen. Die dadurch bedingte E. M. wurde aber auf weniger als 15% geschätzt. Der „Unfall" vom 18. 12. 1930 kam ihm daher gerade recht, um nunmehr seine epilept. Anfälle und die Kopfschmerzen als dessen Folgen zu deklarieren. Das letzte Gutachten über E. lautete daher (8. 7. 1933):

„. . . Es fragt sich, welcher Art der in Frage stehende Unfall war und ob die damit verbundene Gehirnerschütterung überhaupt im Stande war, schwerere, länger dauernde Folgen zu hinterlassen. Es ergibt sich in diesem Zusammenhang aus den Akten, daß im ersten Krankenschein die Krankheit überhaupt lediglich als „Rißquetschwunde des linken Auges" bezeichnet wurde. Nach seinen Angaben war der Patient ein bis zwei Minuten bewußtlos Es erfolgte hinterher kein Erbrechen, keine Blutung aus Nase, Mund und Ohren. Er konnte nach Anlegung eines Notverbandes mit fremder Unterstützung in die Klinik gehen. Er hatte nur einen Tag gelegen. . . Es ist, allgemein gesprochen, nicht wahrscheinlich, daß ein solcher Unfall eine Epilepsie hätte erzeugen können. . . . Somit hat E. . die jahrelangen epileptischen Anfälle vor dem Unfall bei den wiederholten Untersuchungen verschwiegen. Schon in der chirurg. Klinik, sonst hätte nicht die Diagnose „traumatische Epilepsie-Verdacht" angenommen werden können, dann bei den wiederholten Untersuchungen in der Nervenklinik hier, wo E. in den Jahren 1931-33 dreimal aufgenommen wurde. Bei der ersten Aufnahme am 10. 11. 31 wurde von ihm selbst eine sorgfältige Anamnese erhoben. Darin ist aber nichts von epilept. Anfällen erwähnt. . . Nach Lage der Dinge kann es sich nur um bewußtes Vorgehen des E. handeln. . . Die Berücksichtigung der Anfälle bei der Festsetzung entschädigungspflichtiger Folgen des Unfalls ist mit Unrecht geschehen und hinfällig, da sie auf zielbewußter Irreführung beruhte. . ."

Zusammenfassung: Am 18. Dezember 1930 erlitt E. einen Schlag von einer Wagendeichsel gegen die linke Schläfe, die eine Rißquetschwunde am linken Auge sowie eine Gehirnerschütterung zur Folge hatte. Wenige Tage nach dem Unfall bekam er zu Hause einen epileptischen Anfall, den er der chirurgischen Klinik, in deren Behandlung er stand, meldete und in ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall brachte. Diese wies ihn in die Nervenklinik unter dem Verdacht „traumatische Epilepsie" ein. E. hatte also bei allen Untersuchungen sich als bis zum Unfall gesund bezeichnet. Er hatte seine erbliche Belastung verschwie-

gen, ferner daß er selbst seit dem 18. Lebensjahr an epileptischen Anfällen gelitten hatte und sich sogar deswegen am 15. Juni 1922 in der psych. Klinik hatte behandeln lassen. Durch absichtliches Verschweigen seines lange Jahre vor dem Unfall bestehenden Leidens hatte er zahlreiche Ärzte irregeführt und kam dadurch in den Besitz einer Rente, die zwischen 70% und 40% schwankte und sich auf die Zeit von Januar 1931 bis Juli 1933 erstreckte.

2. Fall: F. August, geboren 21. 8. 85., Gärtner und Glühereiarbeiter.

„Unfall" vom 25. 1. 1928. Charakteristisch für diesen Fall ist die Unklarkeit über den Hergang selbst. Sowohl die Aussage von F. wie die Zeugenaussagen widersprechen sich hier teilweise. Wir bringen die Darlegung, die am glaubwürdigsten erscheint und dem Gutachten der Psychiatrischen Klinik, Freiburg, zu Grunde gelegt ist. Sie beruht auf den Aussagen des Zeugen B.:

Nachdem Rollen von 2 bis 3 Zentnern auf einen Glühwagen gehoben wurden, fünfmal, vielleicht auch zehnmal und mehrmals wiederholt, sagte F. bei Anheben einer neuen Rolle plötzlich: „Jetzt hat mich was gestochen" (im Kopf) und die Rolle wurde zurück auf den Boden gesetzt. Fünf Minuten später wurde F. von B. mit Nasenbluten im Waschraum angetroffen. Nach Aufhören des Nasenblutens arbeitete F. noch mehrere Stunden weiter, ohne allerdings noch Rollen zu laden. . .

Danach würde, wie auch in dem Gutachten ausgeführt wird, ein entschädigungspflichtiger Unfall überhaupt nicht vorliegen, setzten doch die erstmaligen Beschwerden bei der gewöhnlichen Betriebsarbeit ein, ohne die geringste äußere Verletzung. F. selbst gab am 10. 4. 28 an, daß er sofort nach dem Unfall einen heftigen Schmerz in der linken Schläfe verspürt hätte. Da kein Ersatzmann da gewesen sei, setzte er seine Arbeit fort. Am nächsten Tag sei er zum Arzt gegangen. 14 Tage später erst setzte die eigentliche Arbeitsunfähigkeit ein. Die Unfallsanzeige erfolgte bemerkenswerter Weise erst am 8. 2. Am 26. 3. nahm er dann im gleichen Betrieb die Arbeit wieder auf, jedoch als Gärtner.

Stürmische Erscheinungen, die auf den Unfall als Ursache schließen lassen, waren demnach nicht aufgetreten. Die Darlegung im ersten Krankenschein vom 13. 2. 28 wie auch die ärztliche Bescheinigung vom 14. 7. 28, die von einer Kopfverletzung sprechen, bleiben unverständlich, da eine solche nach übereinstimmenden Zeugenaussagen wie auch nach den späteren Angaben von F. nicht stattfand.

Bei seiner Aufnahme in die Psych. Klinik am 4. 9. 28 gab er Folgendes an:

Familienanamnese: Keine nervöse oder geistige Störungen in der Familie.

Eigenanamnese: F. machte eine normale Entwicklung durch. Nach der Schulzeit arbeitete er zunächst in der väterlichen Landwirtschaft, danach wurde er Gärtner. 1905—07 aktiv im Heer gedient. Bei Kriegsausbruch kam er an die Front. Im Felde machte er Typhus durch. Nach dem Kriege war er 5 Jahre im Rangierdienst der Eisenbahn tätig. Seit 1924 arbeitete er in demselben Betrieb im Sommer als Gärtner, im Winter als Glüher.

Gegen Ende Februar 1928 fiel seiner Umgebung das blaurote Gesicht von F. auf. Die Ehefrau fand auch, daß ihr Mann, der früher selbständig und eigenwillig gewesen war, allmählich stumpf und lenksam wurde.

In der Nervenklinik Freiburg (2.—6. März und 30. August 1928) klagte er über ständiges Kopfweh in der linken Schläfe, immer an der gleichen Stelle, besonders beim Gehen, Niesen und Pressen, in letzter Zeit auch bei Kaubewegungen. Die Schmerzen seien oft so stark, daß er nachts nicht schlafen könne. Bei rascher Bewegung habe der Patient ein Schwindelgefühl, „es wird rot vor den Augen", und er müsse sich dann festhalten, um nicht zu fallen. Bei längerem Gehen verliere er die Richtung und weiche dann nach links ab.

Seine Ehefrau ergänzte diese Angaben. Der Mann sei immer traurig verstimmt, stehe tagsüber stumpf umher, nachts könne er nicht schlafen und laufe dann mitten in der Nacht 2 bis 3 Stunden umher. Die Stärke des Kopfwehs „könne man ihm am Gesicht ablesen". Die Augen seien dann grau und stumpf.

Bei der körperlichen Untersuchungen fand sich eine blaue Verfärbung des Gesichtes und eine Venenstauung, besonders im linken Schläfenbezirk. Der Schädel war an der linken Schädelhaargrenze in der Gegend der Schläfenvene in einem Bezirk von etwa 5 qcm überaus empfindlich gegen Beklopfung, Druck und Berührung. Eine mäßige Druckempfindlichkeit an den Nervenaustrittsstellen oberhalb und unterhalb der linken Augenhöhle und eine starke, in der Gegend des linken Warzenfortsatzes war feststellbar. Es fand sich dagegen kein Nystagmus und auch keine sonstigen Veränderungen an Pupillen, Sehschärfe und Gesichtsfeld. Dagegen war starke Herabsetzung der Hörfähigkeit zu konstatieren. Die Nasenatmung war frei, der Geruch links erloschen, rechts aber prompte Wahrnehmung. Die Bewegung der Kaumuskulatur erfolgte gleichmäßig, aber schonend. Bei jeder Kaubewegung wurde heftiger Schmerz in der linken Schläfe angegeben. Es fanden sich keine Anhaltspunkte für eine Pyramidenbahnstörung an den Händen, auch der Babinski war negativ. Romberg: Neigung zum Fall nach rechts. Taxis: prompt. Die Diadochokinese war rechts leicht gestört. Der rechte vorgestreckte Arm zeigte leichtes Schüttelzittern. Bei dem psychischen Verhalten des Kranken war die Prüfung der Sensibilität erschwert. Es bestand ein ungestörtes Auffassungsvermögen für Wärme, Kälte, Berührung und Schmerz am ganzen Körper. Der rechte Arm wurde beim Gehen ohne Mitbewegung hängend am Körper gehalten. Die Sprache war gut artikuliert.

Der psychische Befund zeigte einen Mann mit müdem und benommenem Gesichtsausdruck und von unlustigem, ängstlichem Wesen. Angaben von Beschwerden wurden zunächst verweigert, es mußte alles aus ihm herausgeholt werden. Es bestand gute Orientierung in Zeit und Raum. Das Situationsverständnis fehlte völlig. Die Auffassung war stark verlangsamt, die Assoziationsbildung ärmlich. Das Schulwissen erwies sich als ausreichend. Die Urteilsfähigkeit war stark eingeengt, auch die Merkfähigkeit eingeschränkt. Das Altgedächtnis war intakt. F. zeigte einen hochgradigen Mangel an Antrieben, er stand halbe Stunden völlig

teilnahmslos herum. Hie und da schossen dann ungenügend motivierte Antriebe hemmungslos auf.

So ging er einmal plötzlich fort, nahm seinen Koffer und war schon auf dem Wege zum Bahnhof, als ihn seine Frau zurückholte. Er gab an, er habe heimgehen wollen, die Untersuchung habe doch keinen Zweck. Ohne große Mühe ließ er sich aber zum Dableiben bereden. Zu einer andern Zeit saß er da und weinte stumpf und benommen in sich hinein. Einen Grund konnte er nicht angeben.

Für Sinnestäuschung und Wahnideen fanden sich keine Anhaltspunkte.

Beurteilung: „Es handelt sich um einen Mann, der bei anstrengender Arbeit plötzlich Kopfweh empfindet, nachdem er vorher anscheinend nie auffallende Krankheitszeichen geboten hat. Die Nervenstörungen lassen sich zum größten Teil auf Hirnschädigung beziehen. Zu diesen Störungen tritt in den letzten Wochen eine Veränderung der ganzen seelischen Persönlichkeit mit hochgradiger Verarmung des ganzen seelischen Lebens, . . . und sich auffallend stark entwickelnder Antriebslosigkeit ein, die nur hie und da durch plötzlich aufschießende Impulse kritiklos durchbrochen wird.

Das ganze Bild ist hochgradig verdächtig auf einen Prozeß, der sich allmählich im linken Stirnhirn entwickelt. Besonders bezeichnend für einen solchen Prozeß sind die Antriebsstörungen, sowie die Unsicherheit beim Romberg'schen Versuch und beim Zeigeversuch, Erscheinungen, die man geradezu als „frontale Ataxie“ bezeichnet.

Die Möglichkeit, daß es bei der überaus anstrengenden Arbeit zu dem Riß eines Blutgefässes gekommen ist, ist vorhanden. Wiederholt sind Fälle . . . beschrieben worden. Es ist möglich, daß dieser Fall hier vorliegt. Nach der üblichen Praxis der Unfallbegutachtungen würde man hier einen auslösenden Unfall anzunehmen haben, der über ausgesprochene Brückensymptome hinweg jetzt nach etwa 7 Monaten zu einem schweren Zustandsbild geführt hat . . .“

F. wurde eine 100%ige E. M. zuerkannt.

Bei seinem neuen Aufenthalt in der Psych. Klinik im Oktober 28 gab F. als Beschwerden Kopfweh an, indem er auf die linke Schläfen- und Stirngegend hindeutete, zeitweise Schwindelgefühl, ferner „Rheumatismusschmerzen“ in der rechten Schulter und Unterarm. Seine Ehefrau fügte hinzu, sein Zustand sei seit September 28 im wesentlichen der gleiche geblieben, er könne aber seit einem Monat den rechten Arm nicht heben und äußere Schmerzen darin.

Bei der Untersuchung fand sich wieder jener müde, verschlafene Gesichtsausdruck mit der auffallend geringen Mimik. Der Geruch war links aufgehoben. Bitter, salzig und Zucker bezeichnete er als Wasser. Essig erkannte er. Das Gehör war gut. Der Gang war etwas unsicher und langsam, er machte beim Gehen keine Pendelbewegungen mit dem rechten Arm. Die Kraft der Bewegungen war stark herabgesetzt und zeigte eine leichte Ermüdbarkeit rechts. Bei Prüfung der Motilität fand sich eine Parese des rechten Armes mit Rigidität, aber ohne Spasmen, ferner eine Ataxie des rechten Armes und Beines, eine Adiadochokinese des rechten Armes und positiver Romberg. Die Sensibilität für Schmerz, Berührung und Wärme zeigte sich an der ganzen rechten

Körperhälfte aufgehoben. Die Tiefensensibilität war rechts stark gestört mit Astereognosis rechts.

Gegen Mitte Oktober 28 fanden sich als neu hinzugekommene Momente eine Neigung zu kataleptischer Stellung, ein ausgesprochen wächsener Rigor im rechten Arm und eine Nachdauer der Kontraktur der rechten Hand mit tonischer Neigung.

F. zeigte eine äußerst schwerfällige, gedrückte Stimmung, war leicht weinerlich, in sich gesunken, apathisch. Der Intellekt war o. B., sein Schul- und Allgemeinwissen gut, Auffassung und Gedankenablauf etwas langsam. Das Rechnen in allen Qualitäten ging gut vonstatten, sein Altgedächtnis wie auch seine Urteilskraft waren zufriedenstellend. F. zeigte sich ruhig und einsichtig, hatte aber manchmal die Neigung zu affektiven Explosionen. Von irgendwelchen rentenneurotischen, hysterischen oder sonstigen psychogenen Tendenzen war keine Spur zu erkennen.

Mitte Oktober 28. wurde auch eine Lumbalpunktion vorgenommen. Der Liquor fand sich normal. Das Röntgenbild ergab eine verkalkte Zirbeldrüse. Die Encephalographie des Gehirns zeigte bei verschiedenen Aufnahmerichtungen beide Ventrikel gleichstark gefüllt und sichere Verdrängungserscheinungen nicht nachweisbar. Da es sich um eine sehr schwerwiegende Entscheidung handelte, da F. 100%ig erwerbsbeschränkt war und sich auch keine Besserungsaussichten zeigten, zögerte sich die Entscheidung, ob das Zustandsbild als Unfallsfolge anerkannt werden sollte, zunächst bis April 1929 hinaus. Die Untersuchung vom 10. bis zum 13. April 29 in der Nervenklinik ergab neue Gesichtspunkte.

F. gab zunächst an, es ginge ihm gut. Zuhause habe er im Bett gelegen, für ihn sei Schlaf das Beste. Bei genauer Befragung äußerte er Stechen im Kopf, besonders in der linken Seite. Seine Frau gab an, daß er den rechten Arm seit September 28 nicht gut heben könne. In der allerletzten Zeit sei eine leichte Besserung eingetreten, er habe auch mehr Interesse. Im übrigen sei ihr Mann immer noch ständig unruhig und schlaflos.

Bei der neurologischen Untersuchung fand sich eine Klopfempfindlichkeit in Stirn- und Parietalgegend, eine starke Parese des rechten Armes, die distal zunahm. Beim Hochheben beider Arme blieb der rechte stark zurück, bei passiv erhobenem rechten Arm blieb dieser längere Zeit, auch entgegen seiner Schwere in der Luft und wurde auf Aufforderung nicht gesenkt. Im rechten Bein bestand eine leichte, diffuse Schwäche. Auch das passiv erhobene Bein blieb in der Luft schweben. Das rechte Bein zeigte einen leichten Rigor. Die Sensibilität der ganzen rechten Seite war mit Ausnahme des Gesichtes herabgesetzt für alle Qualitäten.

Das psychische Bild des F. war das gleiche geblieben. Es existierte eine ausgesprochene Antriebsschwäche, ferner eine Affektlabilität mit starker innerer Unruhe. Die Auffassung war hochgradig erschwert. Die zeitliche Orientierung war mangelhaft, die Kombinationsfähigkeit sehr stark herabgesetzt. Das neue Gutachten, das sich auf die Akten über den Unfallhergang, auf die Untersuchung vom 1. bis zum 20. 10. 28 und

auf die vom 10. — 13. 4. 28 stützte, lehnte die Möglichkeit einer Hirnblutung auf Grund des Traumas infolge einer möglichen Pachymeningitis häm. int. ab:

Wegen des relativ jungen Alters des Patienten (43 J.) sowie des Nichtvorliegens von Alkoholabusus, von Lues und anderen Erkrankungen; weil der Liquorbefund und das normale encephalogr. Bild der Vorderhörner dagegen sprach, weil auch keine Reizerscheinungen, die eine Blutung mit sich gebracht hätten, bei Beginn der Erkrankung vorhanden waren. Es wurde daher eine lange vor dem Unfall entstandene und langsam wachsende Gehirngeschwulst angenommen, die dann Zentralganglien, Stirnhirn und eventuell auch Schläfenlappen befallen haben mußte und bis zum Unfall symtomlos verlief. Damit war auch das Fehlen einer Stauungspapille sowie grob nachweisbarer Veränderungen des Encephalogramms vereinbar. Der Zusammenhang mit dem Unfall wurde abgelehnt,

1. weil die Erscheinungen des Glioms unmittelbar nach dem Unfall zutage traten, während ein im Zusammenhang mit dem Unfall entstandenes Gliom über Brückensymptome hinweg erst viel später Erscheinungen gemacht hätte,
2. weil die Annahme einer Blutung nicht einleuchtend war, da keine stürmischen Erscheinungen nach dem Unfall auftraten, wie sie eine Blutung in einen Tumor mit sich bringt.

Die Rente von 100%, die F. bis dahin erhielt, wurde daher, da der Unfall bloß als auslösende Gelegenheitsursache aufzufassen war, gestrichen.

Auf Grund einer Beschwerde der Ehefrau beim Reichsversicherungsamt forderte dieses von den Proff. K. und R. neue Gutachten ein, die aber den gleichen Standpunkt einnahmen.

Die Klärung der Angelegenheit zögerte sich bis zum Beginn des Jahres 1933 hinaus, da eine Untersuchung vom 2. 9. 31 der versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle Stuttgart zu keinem endgültigen Resultat kam und daher das Reichsversicherungsamt F. im Februar 1933 erneut in die Freiburger Nervenklinik einwies mit der Frage:

„Läßt der jetzige Zustand des Klägers es als wahrscheinlich erscheinen, daß ein Gliom besteht? Ist es eine Folge des Betriebsunfalls vom 25. 1. 28? Oder hat es schon vorher bestanden? Falls kein Gliom besteht: Besteht ein anderer krankhafter Prozeß, der als Folge des Betriebsunfalls anzusehen ist?“

Bei dieser letzten Untersuchung gab F. an, daß in den letzten 1½ Jahren seine Beschwerden sich wesentlich gebessert hätten, sodaß er einer leichten Beschäftigung in der Lesehalle hätte nachgehen können. Kopfschmerzen habe er nur noch selten, die Gebrauchsfähigkeit des rechten Arms sei auch besser geworden. „Im Kopf sei es viel klarer geworden.“ F. klagte nur noch über Reizbarkeit und gelegentlich gedrückte Stimmung.

Der Befund ergab ebenfalls, daß eine weitgehende Besserung eingetreten war, nichts sprach für einen raumbeengenden Prozeß im Schädelinnern. Entweder mußte das Gliom sich zurückgebildet oder eine ungewöhnliche Anpassung des Gehirns an die Lage stattgefunden haben. Das unklare Zustandsbild fand nun eine eigenartige Klärung. Es fand sich eine alte Krankengeschichte aus dem Jahre 1925, die folgendes enthielt:

Im Februar 1925 machte F. eine „Kopfgrippe“ mit Fieber und Schmerzen in den Gelenken durch und konnte erst nach 6 Wochen wieder den Dienst aufnehmen. „Es sei aber nicht mehr gewesen, wie es sein sollte“. Er sei abends immer sehr müde und niedergeschlagen gewesen. Seine Frau fand ihn auch sehr verändert. Er blieb auch öfters aus dem Dienst weg und ließ sich, als ihn deswegen ein Beamter „einen Drückeberger“ schimpfte, in der medizinischen Klinik im August 1925 auf eigenen Antrag untersuchen.

Bei der Untersuchung des F. in der psych. Klinik, Freiburg im September 25 ergab sich ein guter Allgemeinzustand. Die grobe Kraft war im rechten Arm und Bein herabgesetzt. Beim Gehen wurde das rechte Bein etwas nachgeschleppt. Von der Mitte des rechten Oberschenkels ab wurde völlige Analgesie unb Anästhesie angegeben. Die Stimmung war deprimiert, verschlossen. Sein Gesichtsausdruck nahm häufig einen Zug von Ratlosigkeit und Resignation an. Bisweilen zeigte er sich reizbar und verdrossen. Die Diagnose lautete damals auf „fraglichen Erschöpfungszustand nach fieberhafter Allgemeinerkrankung“, bedingt durch die einige Monate vorher durchgemachte „Kopfgrippe“. Rückblickend muß aber gesagt werden, daß es sich damals um organische Störungen, um die Folgezustände einer Encephalitis gehandelt haben muß. Beweisend dafür ist das ähnliche Symptombild wie Nachschleppen des Beines, Anästhesie und Analgesie und psychische Depression. F. und seine Ehefrau hatten also diesen vor dem „Unfall“ vom 25. 1. 28 gelegenen Aufenthalt des F. in der Nervenklinik Freiburg und die identische Krankheit verschwiegen. Mit der Auffindung dieser Krankengeschichte entfiel daher die Notwendigkeit, den ursächlichen Zusammenhang mit dem „Unfall“ und die durch ihn bedingte Erwerbsminderung zu diskutieren.

Zusammenfassung: Der Arbeiter F. bekommt bei der gewöhnlichen Betriebsarbeit plötzlich Kopfweh, nachdem er angeblich nie vorher irgendwelche Krankheitszeichen geboten hatte. Die Beschwerden steigern sich immer mehr und äußern sich in einer Reihe von organischen Nervenstörungen, ferner in einer Veränderung der ganzen seelischen Persönlichkeit, bei der vor allen Dingen eine sich auffallend stark entwickelnde Antriebslosigkeit im Vordergrund stand. Das erste Gutachten der Nervenklinik vom 4. 9. 28 nimmt eine Herderkrankung des Stirnhirns an und mißt dem Unfall vom 25. 1. 28 eine hohe Wahrscheinlichkeit an der Auslösung seines Zustandsbildes bei. Die E. M. wird auf 100% geschätzt.

Das Gutachten vom 8. 5. 29, das sich außerdem auf Untersuchungen vom Oktober 28 und April 29 stützte, sah den Unfall nicht als wesentliche Teilursache, sondern als auslösende Gelegenheitsursache an, die angesichts der Schwere der aus endogenen Gründen sich entwickelnden Krankheit völlig in den Hintergrund trat. Gegen Beginn des Jahres 1933 zeigte sich eine weitgehende Besserung des Zustandbildes. Die bis zum März 1933 nicht geklärte Frage, ob der Betriebsunfall vom 25. 1. 28 eine wesentliche Teilursache des Symptomenbildes des F. bildete, wurde durch den Fund einer Krankengeschichte vom September 25 aus der psych. Klinik Freiburg endgültig gelöst. Wenige Zeit nach einer Grippe im

Februar 25, die mit Kopfschmerzen, Fieber und Schmerzen in den Gelenken einherging, begann F. über Müdigkeit, Schlafstörung und Depression zu klagen. Auch seine Umgebung fand ihn sehr verändert.

F. suchte die Nervenklinik Freiburg im September 1925 auf.

Die Untersuchung vom 5. 9. 25 ergab Muskelspannung im rechten Bein, Herabsetzung der groben Kraft im rechten Arm und Bein, Nachschleppen des rechten Beines. Von der Mitte des rechten Oberschenkels ab bestand Unempfindlichkeit für Berührung und Schmerz. Die Diagnose lautete damals auf funktionelle Störung und einen Erschöpfungszustand als Folge jener Grippe.

Somit mußte die im September 1925 gestellte Diagnose berichtigt werden. Nach Symptomen und Verlauf war klar, daß es sich von Anfang an um organische Folgezustände einer Encephalitis gehandelt haben muß. Diese Tatsache war sowohl F. als auch seiner Ehefrau zweifellos bekannt, sie wurde aber von ihnen verschwiegen.

3. Fall: H., Wilhelm, geboren 22. 5. 90. Steindrucker.

H. stammt aus einer Familie, in der keine geistigen Krankheiten vorgekommen sind. Seine Eltern betrieben eine kleine Landwirtschaft. H. selbst entwickelte sich geistig und körperlich normal, war ein guter Schüler und zeigte in seiner Jugendzeit nie etwas Auffälliges in seinem Wesen. Er wurde Steindrucker und arbeitete in diesem Beruf bis zum Jahre 1911, wo er zum Militärdienst einberufen wurde. Hier diente er bei der Artillerie, wo er sich die Zufriedenheit seiner Vorgesetzten durch seine Führung erwarb. August 1914 kam er ins Feld und war mit kurzen Unterbrechungen bis Oktober 1917 an der Front. Im März 1916 erlitt er eine leichte Gehirnerschütterung durch Sturz auf den Zementboden. Daß diese Verletzung leicht gewesen sein muß, ergibt sich daraus, daß er sich deswegen überhaupt nicht in ärztliche Behandlung gab und noch 1 ½ Jahre lang Dienst tat. Von dieser Zeit an datiert sein Kampf um Anerkennung von Dienstbeschädigung und Zubilligung einer Rente.

Er fühlte sich von seinen Vorgesetzten zurückgesetzt, glaubte, man vertusche absichtlich seinen „Unfall", seinen Kameraden gegenüber trug er ein verändertes Wesen zur Schau, war mißtrauisch, glaubte sich im Dienst von den Anderen ausgenützt, klagte über Schwindel, Kopfweh, Krämpfe in der Herzgegend und gab an, daß er öfters Gedanken an Selbstmord habe. Erst Oktober 1917 kam er seiner Klagen wegen ins Lazarett, wo eine Verschlimmerung einer konstitutionellen Nervenschwäche durch den Kriegsdienst angenommen wurde.

Hier im Lazarett beschrieb er seine Beschwerden nach dem Sturz in einem Bericht von insgesamt 32 engbeschriebenen Seiten, wobei er auch auf die Behandlung, die man ihm zuteil hatte werden lassen, und auf die Begründung, warum er gegen den abschlägigen Rentenbescheid Einspruch erheben müsse, einging. Bei seiner Entlassung aus dem Militärdienst im August 1918 wurde Dienstbeschädigung und Erwerbsbeschränkung nicht angenommen. In seinen Militärakten steht der Vermerk: „Ist nach W. entlassen. Ist über Wahrung des Dienstgeheimnisses sowie über Anmeldung von Versorgungsansprüchen belehrt und erhebt solche nicht."

Nach seiner Entlassung arbeitete er wieder als Steindrucker, aber immer nur ganz kurze Zeit. Sein Denken war ganz ausgefüllt von der Idee, schwerkriegsbeschädigt zu sein und eine Rente bekommen zu müssen. Er behauptete, „unmöglich" arbeiten zu können und blieb untätig zu Hause. Eine Heilbehandlung auf seinen Antrag von August bis November in O. blieb ohne jeden Erfolg. Trotz seiner angeblichen Unfähigkeit zur Arbeit machte er einen Proberitt mit im Sommer 1920, wobei er vom Pferde stürzte, und sich ein schwere Kopfverletzung zuzog, die eine bleibende Knochendelle zurückließ. Trotzdem stieg er nach kurzer Pause wieder auf das Pferd und ritt das Proberennen zuende. Acht Tage später beteiligte er sich an dem eigentlichen Rennen und machte an einem Tage ein Trabrennen und drei Galoppflachrennen mit.

Diesen Sturz vom Pferde verschwieg H. bei allen weiteren ärztlichen Untersuchungen, die die Frage seiner Erwerbsminderung als Folge seiner K. D. B. zum Gegenstand hatte. Den Schädeldefekt wußte er durch das üppig wachsende Haar zu verdecken, sodaß er erst von Med. Rat. Dr. B. am 1. November 1932 — also 12 Jahre später — entdeckt wurde. Diesen Sturz gab H. deswegen nicht an, weil er befürchten mußte, daß sein Symptomenbild eventuell diesem Unfall, der nicht entschädigungspflichtig war, zur Last gelegt wurde und damit seine K. D. B.- Rente auf ein Minimum reduziert oder vielleicht überhaupt gestrichen würde. Man könnte mit Recht einen Vergleich ziehen zwischen jener anerkannt leichten Gehirnerschütterung im Sommer 1916, die nach seinen Schilderungen solch schwere Folgen in der Erwerbsmöglichkeit hinterlassen haben sollte und jenem schweren Sturz, der ihn nicht hinderte, den Proberitt zu beenden und sogar noch ein anstrengendes Rennen nach acht Tagen auszuführen. In seine überwertigen Rentenansprüche paßte dieser Sturz jedenfalls nicht hinein und so verschwieg er ihn.

Im Jahre 1921 wurde er vom Bezirksarzt Dr. St. begutachtet, der keine organische Erkrankung feststellen konnte, wohl aber eine Psychopathie mit schweren hysterischen Erscheinungen. Am 4. 2. 1922 wurde er in die Psych. Klinik Freiburg eingewiesen. Seine Klagen waren hier dieselben wie immer: Schwäche im ganzen Körper, Schmerzen auf der Brust, unangenehme Sensationen in allen möglichen Körperteilen. Die Untersuchung ergab einen kräftigen, gut genährten Mann mit keinem körperlich abweichenden Befund. Auch zeigt er sich stets völlig orientiert, besonnen, über den Zweck seines Aufenthaltes genau unterrichtet. Die Grundstimmung war leicht gedrückt. Seine Beschwerden brachte er in „ungemein weitschweifiger, schwülstiger Form vor, mit Neigung zu pathetischem Hineinsteigen in die Darstellung seines qualvollen Leidens und der Rentenkämpfe . . . Tendenz zu paranoider Stellungnahme. . . seinen Willen zur Gesundheit betonte er etwas gar zu demonstrativ. . . " Er machte falsche Angaben bei der Sensibilitätsprüfung, unterließ sie aber nach einer energischen Zurechtweisung sofort. Der allgemeine Eindruck war der eines „weichen, affektlabilen, auf Beachtung körperlicher Geringfügigkeiten eingestellten Menschen von geringer Bildung und mäßiger Intelligenz."

Die Therapie bestand in suggestiven Maßnahmen wie Bettruhe, Packungen und Einspritzungen. Nach 3 Wochen fühlte sich H. bereits wohl, stand auf und leistete sogar Gartenarbeit in der Klinik. Er wurde am 29. 3. 22 als geheilt entlassen und das Urteil, das von der Klinik am 1. 4. 22 an das Militärversorgungsgericht Freiburg über ihn abgegeben wurde, lautete auf „konstitutionelle Neuropathie und Psychopathie mit Neigung zu hysterischer Reaktion". Seiner leichten Gehirnerschütterung wurde zwar keine ätiologische Bedeutung für sein Zustandsbild beigemessen, da er noch ein Jahr danach Dienst getan hatte, aber durch die Kriegsstrapazen eine „Erschütterung der an sich schlecht ausbalanzierten Grundverfassung, . . . wozu auch sein Wunsch auf Rente einen guten Teil beigetragen haben wird . . .", angenommen. Wegen der Verschlimmerung seiner abnormen Anlage als Kriegsdienstfolge wurde eine Rente von 20% für angemessen erachtet. Der weitere Verlauf zeigte immer eine rasche Besserung, wenn H. in ein Krankenhaus kam, dagegen sofort einen Rückfall in seine alten Beschwerden, wenn er dem Leben und seinen Anforderungen zur Arbeit sich gegenüber gestellt sah. Seine ausdauernde Zielstrebigkeit sah sich bald von Erfolg gekrönt, auf Grund anderer Begutachtungen wurde die Rente auf 60%, dann auf 50% festgesetzt. Seither arbeitete er überhaupt nichts, weil er sich völlig unfähig zur Arbeit hielt, fiel gänzlich seinen Eltern zur Last und nach dem Tode seines Vaters seinem Bruder. Alle Versuche, ihn zur Arbeit zu bewegen, scheiterten an seiner hartnäckigen Weigerung. Seine Zeit verbrachte er mit Spazierengehen, Lesen, Essen und Schlafen, ohne daß er irgendeine nutzbringende Tätigkeit ausüben wollte. Wenn man ihn bei seinem Nichtstun gewähren ließ, war er stets guter Stimmung, mit dem Augenblick, wo er an den Begriff Arbeit erinnert wurde, war er mißvergnügt und erregt. Da von den armen Angehörigen der Zustand nicht mehr ertragen werden konnte, daß H. dauernd auf ihre Kosten ohne jede Gegenleistung lebte, stellten sie den Antrag auf Verbringung in eine Irrenanstalt. Da H. aber nicht aus freien Stücken in eine Anstalt gehen wollte und, da er nicht gemeingefährlich, auch keine Handhabe für eine zwangsmäßige Einlieferung bot, wurde der Antrag auf Entmündigung gestellt. Bei der damaligen Untersuchung (20. 6. 24) ergab sich derselbe Befund, der auch von der Psych. Klinik Freiburg erhoben wurde. Eine organische Erkrankung konnte ausgeschlossen werden. Psychisch war H. klar, besonnen und geordnet, zeigte sich lebhaft, aufgeweckt, in guter und rascher Auffassungsgabe, bewies ein lückenloses Gedächtnis und war bei der Unterhaltung aufmerksam und nicht abschweifend. Nur änderte sich das Bild, als man auf seinen Gesundheitszustand zu sprechen kam. Jetzt waren es die Lungen, die infolge des Heeresdienstes schwer erkrankt waren und deshalb könne er nicht arbeiten. Im Krieg habe er die Gesundheit verloren, der Staat habe die Verpflichtung, ihn wieder gesund zu machen, bevor er zu arbeiten beginne. Solange er sich nicht gesund fühle, rühre er keinen Finger zur Arbeit. Es sei ihm nicht um die Rente zu tun, sondern er wolle nur von seinen körperlichen Leiden geheilt werden.

Im Verlauf des Kampfes, der bis dahin um die Rente ging, vertieften sich also seine Klagen und wurden wahnhaft verarbeitet. Bei dem

typischen Egoismus der Neurotiker, deren Blickkreis nicht über ihre eigenen Ziele und Wünsche hinauszureichen vermag und unfähig ist zu Mitleid und Rücksichtnahme auf Andere, machte es auch auf ihn keinen Eindruck, wenn man ihm Vorhaltungen darüber machte, daß sein Vater, solange er noch am Leben war, und seine alte Mutter gearbeitet haben, während er, der junge kräftige Mann, untätig bleibt und seinen Angehörigen zur Last fällt.

Infolge dieser Wahnvorstellungen, ein schweres Lungenleiden zu besitzen, das er sich im Kriege erworben habe, was im Widerspruch stand zu seinem von Gesundheit strotzenden Aussehen, seiner gleichmäßigen Atmung, seinem guten Appetit und Schlaf, wurde eine auf dem Boden angeborener Veranlagung entstandene Geistesstörung mit paranoischen Vorstellungen diagnostiziert. Die Möglichkeit „einer freien Entschließung nach gesunden Beweggründen, . . . sich selbst durch Arbeit zu ernähren und durchzubringen, . . . seine Angelegenheiten selbst zu besorgen . . .", wurden ihm aberkannt und die Entmündigung am 20. 6. 24 ausgesprochen.

Der Diagnose „Dementia praecox, paranoide Form" schloß sich auch das Gutachten von Dr. G. vom 25. 10. 25 an. Obwohl nun anzunehmen gewesen wäre, daß diese Begutachtung sich für Streichen der Rente hätte aussprechen müssen, da die Schizophrenie aus endogenen Gründen entsteht und nach eigenen Gesetzen verläuft, wurde im Gegenteil die durch den Kriegsdienst bedingte E. M. auf 100% eingeschätzt. Es wurde ein ursächlicher Zusammenhang jener Gehirnerschütterung vom März 1916 mit der Krankheit angenommen, seine querulatorischen, rentenneurotischen Züge als Prodromalerscheinungen der sich ankündigenden Krankheit aufgefaßt, wozu auch die einzelnen Phasen von Sperrungen, die Stumpfheit auf dem Gebiet der Affekte, sein Beeinträchtigungswahn gut hineinpaßten. Ein ursächlicher Zusammenhung wurde auch deswegen bejaht, weil H. bis zu dem Trauma vom Jahre 1916 gesund gewesen war, keine erbliche Belastung aufwies und eine „neuerdings aufgetretene Schädlichkeit, auf die die Verschlimmerung zurückgeführt werden könnte" (den Sturz und die Schädelverletzungen vom Sommer 1920 hatte H. ja verschwiegen) fehlte. Der Proberitt selbst, den er trotz behaupteter Unfähigkeit zur Arbeit unternommen hatte, wie auch die Teilnahme an den darauf folgenden Rennen wurde mit als Beweis für eine bestehende Schizophrenie, als eine für diese Krankheit charakteristische Ambivalenz des Willens angesehen.

Im Dezember 1932, nach Untersuchung von Dr. B. und in der Psych. Klinik Freiburg auf Veranlassung des Versorgungsgerichtes Freiburg, erwies sich diese Psychose als geheilt. H. klagte nur noch über Kopfschmerzen und Schwindel, besonders bei Witterungswechsel, er gab aber an, daß er sich sonst gut fühle und daß er in letzter Zeit schon Haus- und Gartenarbeiten zu verrichten in der Lage gewesen war. Die über ihn ausgesprochene Entmündigung war aufgehoben worden. Bei einer genauen körperlichen Untersuchung stellte es sich heraus, daß in der rechten Scheitelgegend ein schwerer Schädeldefekt vorhanden war. Auf Befragen gab H. an, er habe im Jahre 1920 sich diesen bei einem Sturz

vom Pferde zugezogen. H. hatte davon bei den vielen ärztlichen Untersuchungen im Laufe der Jahre nie etwas davon erwähnt. Somit hatte er diese schwerwiegende Verletzung absichtlich verschwiegen, weil er befürchten mußte, seine Psychose nicht als Kriegsdienstbeschädigung anerkannt zu bekommen. Ermöglicht war diese Täuschung der Begutachter und somit die Erlangung einer ungerechtfertigten Rente — in den letzten sechs Jahren eine von 100% — durch das üppige Haar des H., das den Defekt verdeckte.

Zusammenfassung: H., ein schwerer konstitutioneller Neuropath und Psychopath mit Neigung zu hysterischer Reaktion, zeigte nach einer leichten Gehirnerschütterung eine hysterische Psychose, die sich bis zu einem paranoiden Symptomenkomplex vertiefte. Trotz seiner angeblichen Arbeitsunfähigkeit machte er im Sommer 1920 einen Proberitt mit, wobei er einen schweren Sturz vom Pferde erlitt, der einen Schädeldefekt in der rechten Scheitelgegend zur Folge hatte. H. erwähnte davon nichts, weder im Jahre 1922, wo er zweimal in Behandlung der Psych. Klinik Freiburg stand, noch bei den weiteren Untersuchungen der übrigen Begutachtern. Er verschwieg diese schwerwiegende Verletzung absichtlich, weil ihm dieses Trauma nicht zu seinen überwertigen Rentenansprüchen paßte. Die Täuschung wurde ermöglicht durch den dichten Haarwuchs von H., der die Schädelverletzung verdeckte. Erst am 1. 11. 32, also 12 Jahre nach dem Sturz vom Pferde, wurde diese festgestellt. Somit war H. zu Unrecht in den Besitz seiner Rente gekommen.

Die Folgen einer Verschlimmerung seiner angeborenen Nervenschwäche durch die Gehirnerschütterung vom Jahre 1916 und durch die allgemeinen Kriegseinflüsse wurden von der Psych. Klinik auf unter 25% eingeschätzt.

Diese drei im Laufe eines Jahres in der Psych. Klinik Freiburg beobachteten Fälle zeigen deutlich die praktische Bedeutung des Anamnesenbetrugs in der Form der Verheimlichung wichtiger anamnestischer Einzelheiten. Sie zeigen uns, daß man bei der Diagnose eines Leidens und bei der Frage der Anerkennung als Unfallsfolge den Angaben mit großer Skepsis und Zurückhaltung begegnen muß.

Insbesondere müssen Zweifel an der Glaubwürdigkeit der zu begutachtenden Personen und der Verdacht, daß diese die staatliche Sozialversicherung zur Erwerbsquelle degradieren wollen, eintreten, wenn keine rechte Proportionalität zwischen Intensität des Unfalls und Schwere des Krankheitsbildes besteht, schwere akut nach dem Trauma aufgetretene Symptome fehlen und eine späte Unfallsanzeige vorliegt.

Die Aussagen müssen ferner bezweifelt werden, wenn es sich um jenen Kreis von Krankheiten handelt, deren Wesen darin besteht, aus inneren Ursachen zu entstehen und einen

eigengesetzlichen Verlauf nehmen. Hier muß die empirisch festgestellte Häufigkeit, mit der ein gewöhnlicher Betriebsunfall solch ein Leiden auszulösen pflegt oder wesentliche Teilursache davon ist, berücksichtigt werden. Dies gilt vor allem für die Epilepsie, bei der es sich während des Krieges gezeigt hat, daß selbst schwere somatische und psychische Einwirkungen emotioneller Art, wie sie der Felddienst mit sich brachte, für den Ausbruch oder Verschlimmerung des Leidens nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Auch muß der zeitliche Zusammenhang und das „freie Intervall" zwischen Unfall und Ausbruch des Leidens berücksichtigt werden.

Der Verdacht, daß eine Anamnesenfälschung vorliegt, muß sich verstärken, wenn sich im Laufe der Untersuchungen bei dem Betreffenden simulatorische Tendenzen zeigen, rentenneurotische und querulatorische Züge bestehen und das Gesamtbild der zu begutachtenden Person sonstige psychopathische und neuropathische Eigentümlichkeiten aufweist. Die Möglichkeit, durch den Erhalt einer Rente eine relative Sicherung und Geborgenheit vor den Widrigkeiten des Lebens zu erhalten, der Notwendigkeit des Arbeitens enthoben zu sein, den „Forderungen des Tages" ausweichen zu können, läßt es erklärlich finden, daß das Heer der Neuropathen mit ihren starken Insuffizienzgefühlen dem Leben gegenüber ein großes Kontingent für den Anamnesenbetrug stellt, wie es auch das gleiche Heer ist, das zur „traumatischen Neurose" neigt.

Grundsätzlich müssen in allen Zweifelsfällen Erhebungen angestellt werden, die an Hand aktenmäßiger auf gesicherter Unterlage beruhender Belege möglichst eine lückenlose Übersicht über das gesamte Leben des zu Begutachtenden wie über seine erbliche Belastung ermöglichen.

Zu diesem Zweck sind genaueste Erhebungen in Betrieb und Heimatsort des zu Begutachtenden anzustellen. Alle erreichbaren Krankengeschichten müssen zur Einsichtnahme herbeigebracht werden. Dem Arzt muß das Aktenmaterial des Versorgungsamtes, sowie die Personal- und Kriminalakten zugänglich gemacht werden. Von Wichtigkeit sind auch die Schulzeugnisse, die häufig Mitteilungen über Krämpfe und Charakteranomalien in der Kindheit enthalten. Besonders die Militärakten des Versorgungsamtes geben oft einen Hinweis auf irgendwelche Krank-

heit und Gründe, warum der Betreffende als dienstunfähig erklärt wurde.

Wirkliche Abhilfe setzt aber voraus, daß die verschiedenen Versicherungsämter, Behörden und Gerichte die Ermächtigung besitzen, in solchen Fällen Auskunft zu erteilen. Das ist nur in beschränktem Umfang der Fall. Ohne Zustimmung des Patienten ist ein Arzt an seine Schweigepflicht gebunden. Auch Versorgungsämter genehmigen die Akteneinsicht nur dann, wenn ein privatrechtliches Interesse nachgewiesen werden kann. Hier müßte Wandel geschaffen werden.

Wenn ein Land die sozialen Versicherungen so weit ausbaut wie Deutschland, muß es auch die Konsequenzen ziehen und mit aller Energie den Kampf gegen das Streben nach Erlangung ungerechtfertigter Vorteile aufnehmen.

Um wirksame Abhilfe zu schaffen, ist eine generelle Ermächtigung der zuständigen Ministerien an alle Versorgungsämter und Behörden sowie Gerichte erforderlich, die die Einsicht in alle Akten, die eventuell Angaben über Tatsachen enthalten, die für die Beurteilung von Bedeutung sind, gestattet und die Ärzte und Lehrer von ihrer Schweigepflicht entbindet. Da der Arzt selbst an das Berufsgeheimnis gebunden ist, wäre ein Mißbrauch nicht zu befürchten. Ebenso müßten die Bürgermeistereien zu wahrheitsgemäßer und ausführlicher Auskunft verpflichtet werden.

Für Berufsgenossenschaften und andere Versicherungsverbände eröffnen sich weitere Möglichkeiten, ihre alten Renten- und Entschädigungsfälle unter dem Gesichtswinkel der Anamnesenfälschung zu überprüfen, die jetzigen Erwerbsverhältnisse der Rentenempfänger zu kontrollieren und eine lückenlose Übersicht über das Vorleben des Patienten zu gewinnen. Ein solches Vorgehen dürfte manche Überraschungen zeitigen.

Wirkliche Abhilfe ist somit nur durch eine Organisierung des Erkundungswesens möglich.

Für die Stellung des Themas und Anleitung zu vorstehender Arbeit, ferner für die Überlassung der Gutachten sage ich Herrn Professor Dr. Küppers, Psychiatrische und Nervenklinik, Freiburg i. Br., meinen herzlichsten Dank.

Ebenso danke ich Herrn Professor Dr. J. E. Staehelin-Basel für seine freundliche Aufnahme der Arbeit.

Auch dem Dekan der medizinischen Fakultät, Herrn Professor Dr. Ludwig, möchte ich für seine gütige Unterstützung herzlich danken.

Lebenslauf.

Ich, David Klein, badischer Staatsangehöriger, bin am 1. Oktober 1908 in Falkeau — früher zu Österreich-Ungarn, jetzt zu Rumänien gehörend — als Sohn des Kaufmanns Hermann Klein geboren.

Mein Vater zog 1914 in den Krieg und kämpfte in der österreichischen Armee. Er wurde infolge einer schweren Armverwundung, die ihn 50% erwerbsuntauglich machte, am 13. Mai 1918 aus dem Heeresdienst entlassen.

Wir selbst kamen im Januar 1915 nach Freiburg im Breisgau. Ich trat hier in die Volksschule ein, danach besuchte ich die Rotteckoberrealschule vom 12. September 1918 bis 29. April 1927 und bestand am 24. März 1927 die Reifeprüfung. Im Sommersemester 1927 immatrikulierte ich mich dann in der naturwissenschaftlichen Fakultät zu Freiburg, und studierte Physik, Chemie und Mathematik. Im Wintersemester 1927/28 und Sommersemester 1928 studierte ich in Berlin Geschichte und Philosophie. Im Oktober 1928 widmete ich mich dem Studium der Medizin an der Universität Freiburg bis Oktober 1933. Dann unterzog ich mich der medizinischen Doktorprüfung an der Universität Basel.